

Wissenschaftliche Begleitung des Modellverbundes nach  
§ 65b SGB V

# **Unabhängige Patientenberatung Deutschland**

Endbericht zur Modellphase 2006 bis 2010

Auftraggeber:  
GKV-Spitzenverband

Ansprechpartner:  
Michael Steiner  
Andreas Heimer

Basel / Berlin, März 2011

## **Das Unternehmen im Überblick**

### **Geschäftsführer**

Christian Böllhoff

### **Präsident des Verwaltungsrates**

Gunter Blickle

Berlin HRB 87447 B

### **Rechtsform**

Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht

### **Gründungsjahr**

1959

### **Tätigkeit**

Prognos berät europaweit Entscheidungsträger in Wirtschaft und Politik. Auf Basis neutraler Analysen und fundierter Prognosen werden praxisnahe Entscheidungsgrundlagen und Zukunftsstrategien für Unternehmen, öffentliche Auftraggeber und internationale Organisationen entwickelt.

### **Arbeitssprachen**

Deutsch, Englisch, Französisch

### **Hauptsitz**

Prognos AG

Henric Petri-Str. 9

CH - 4010 Basel

Telefon +41 61 32 73-200

Telefax +41 61 32 73-300

info@prognos.com

### **Weitere Standorte**

Prognos AG

Goethestr. 85

D - 10623 Berlin

Telefon +49 30 520059-200

Telefax +49 30 520059-201

Prognos AG

Schwabenmarkt 21

D - 40213 Düsseldorf

Telefon +49 211 887-3131

Telefax +49 211 887-3141

Prognos AG

Sonnenstr. 14

D - 80331 München

Telefon +49 89 515146-170

Telefax +49 89 515146-171

Prognos AG

Wilhelm-Herbst-Str. 5

D - 28359 Bremen

Telefon +49 421 2015-784

Telefax +49 421 2015-789

Prognos AG

Square de Meeûs 37, 4. Etage

B - 1000 Brüssel

Telefon +32 2 791-7734

Telefax +32 2 791-7900

Prognos AG

Friedrichstr. 15

D - 70174 Stuttgart

Telefon +49 711 49039-745

Telefax +49 711 49039-640

### **Internet**

www.prognos.com

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1	Vom Modellprojekt zum Regelangebot	1
1.2	Unabhängigkeit als zentrales Paradigma	2
1.3	Fazit des zweiten Zwischenberichts der wissenschaftlichen Begleitung	3
1.4	Zielsetzung und Aufbau des Endberichts	7
<b>2</b>	<b>Zentrale Steuerung und regionale Präsenz - strukturelle Rahmenbedingungen einer unabhängigen Patientenberatung</b>	<b>8</b>
2.1	Gesamtstruktur des Modellverbundes	8
2.2	Qualitätsentwicklung und -sicherung durch die Bundesgeschäftsstelle	10
2.3	Aufgaben und Ressourcen der regionalen Beratungsstellen	19
2.4	Überregionale Angebote	27
<b>3</b>	<b>Niederschwellige Erreichbarkeit – Bekanntheit und Inanspruchnahme der Beratungs- und Informationsangebote</b>	<b>33</b>
3.1	Fallzahlentwicklung und Zugänge zur Beratung	33
3.2	Öffentlichkeitsarbeit und Markenbildung	37
3.3	Internet als Leitmedium für Patienteninformation	39
<b>4</b>	<b>Lotse im Gesundheitssystem – unabhängige Patientenberatung und ihr Umfeld</b>	<b>43</b>
4.1	Nutzer der UPD, ihre Beratungsanlässe, Vorkenntnisse und -erfahrungen	43
4.2	Kooperationen und Verweispraxis	52
<b>5</b>	<b>Qualität und Unabhängigkeit – Standards im Beratungsprozess</b>	<b>58</b>
5.1	Einschätzung des Qualitätsmanagements aus Beratersicht	59
5.2	Einschätzung der Qualität aus Nutzersicht	63
<b>6</b>	<b>Seismograf im Gesundheitssystem – Themen der unabhängigen Patientenberatung</b>	<b>67</b>
6.1	Beratungsthemen der UPD	67
6.2	Rückmeldefunktion	68
<b>7</b>	<b>Innovationsfelder – unabhängige Patientenberatung als lernendes System</b>	<b>73</b>
<b>8</b>	<b>Zusammenfassung – Anforderungen an das Regelangebot und die Evaluation einer unabhängigen Patientenberatung Deutschland</b>	<b>80</b>
<b>9</b>	<b>Veröffentlichungen der wissenschaftlichen Begleitung</b>	<b>84</b>

## **Abbildungen:**

Abbildung 2-1: Regionale Präsenz des Modellverbundes	10
Abbildung 2-2: Qualifikation der Beraterinnen und Berater	23
Abbildung 2-3: Aufgaben und Zeitanteile der Gesamtarbeitskapazität	26
Abbildung 2-4: Häufigkeit der Zusammenarbeit mit den ÜRBA; Selbsteinschätzung der Berater	31
Abbildung 3-1: UPD Beratungsfälle pro Monat	34
Abbildung 3-2: Monatsdurchschnittliche Fallzahlen der regionalen Beratungsstellen vom 1.1. bis 30.6.2010	35
Abbildung 3-3: Anteil der Beratungsformen am Beratungsaufkommen (vom 1.1. bis 30.6.2010)	35
Abbildung 3-4: Kenntnisnahme von der UPD	37
Abbildung 3-5: Anzahl unterschiedlicher Besucher auf <a href="http://www.upd-online.de">www.upd-online.de</a> von Jan. bis Sept. 2010	41
Abbildung 4-1: Höchster allgemeinbildender Schulabschluss der Antwortenden	46
Abbildung 4-2: Anlass der Beratung	48
Abbildung 4-3: Gegenstand der Beratung	49
Abbildung 4-4: Im Vorfeld genutzte Beratungsangebote	50
Abbildung 4-5: Verweise an andere Ansprechpartner	55
Abbildung 5-1: UPD-Beratungsprozess	60
Abbildung 5-2: Kritikpunkte an der UPD	64
Abbildung 6-1: Beschwerdenennungen im ersten Halbjahr 2010	69
Abbildung 7-1: Teilprojekte zur modellhaften Erprobung einzelner Fragestellungen in Form von Tandempartnerschaften	74

**Tabellen:**

Tabelle 2-1: Personelle Ausstattung der Bundesgeschäftsstelle	12
Tabelle 2-2: Übersicht über Standorte und Trägerschaft der regionalen Beratungsstellen	13
Tabelle 2-3: Personalressourcen des Verbundes	22
Tabelle 2-4: Aufgabenkatalog der Beraterinnen und Berater	25
Tabelle 2-5: Überregionale Angebote der UPD	28
Tabelle 2-6: Organisatorische Rahmenbedingungen der überregionalen Angebote	29
Tabelle 2-7: Finanzierungs- und Leistungsvolumen überregionaler Angebote	30
Tabelle 4-1: Altersklassen der Nutzerinnen und Nutzer	44
Tabelle 4-2: Versichertenstatus der Nutzerinnen und Nutzer	46
Tabelle 4-3: Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes (nur persönlich Betroffene)	47
Tabelle 4-4: Beurteilung der eigenen Vorkenntnisse im Vorfeld der Beratung	50
Tabelle 4-5: Persönliche Vorkenntnisse, differenziert nach vorheriger Ratsuche bei einer anderen Instanz	51
Tabelle 4-6: Anteil der Verweise nach Beratungsthemen (Verweise in Relation zu allen Verwiesenen aus den jeweiligen Themengruppen, in Prozent)	56
Tabelle 4-7: Zufriedenheit mit empfohlenen Ansprechpartnern	57
Tabelle 5-1: Grad der Zustimmung zu verschiedenen Beratungsaspekten (Mittelwerte)	65



# 1 Einleitung

## 1.1 Vom Modellprojekt zum Regelangebot

Die Entwicklung eines Angebots zur unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung in Deutschland (kurz UPD) erfolgte im Rahmen eines 10-jährigen Modellvorhabens. In einer ersten Förderphase von 2001 bis 2005 entstanden 30 sehr unterschiedliche, themenspezifische und -übergreifende Einzelvorhaben. Nachdem sich zeigte, dass es in den aufgebauten Beratungsstrukturen nicht gelingt, transparente und durchgängig qualitätsgesicherte Angebote zu entwickeln, stand die zweite Förderphase von 2006 bis 2010 im Zeichen der Erprobung einer integrierten Organisationsstruktur für eine unabhängige Patientenberatung.

Mit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (kurz AMNOG) hat der Gesetzgeber die UPD zum 1.1.2011 von der modellhaften Erprobung in ein Regelangebot überführt. Die Politik hat somit bestätigt, dass „ein erhebliches Informations- und Beratungsbedürfnis von Versicherten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen“ besteht. Daher sind verlässliche Informations- und Beratungsangebote langfristig zu gewährleisten, um „die Versicherten in die Lage zu versetzen, möglichst selbstständig ihre Rechte gegenüber den Krankenkassen und Leistungserbringern wahrzunehmen“.

Der § 65 b SGB V (neu) zur Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung wurde wie folgt gefasst (Auszug):

- (1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fördert Einrichtungen, die Verbraucherinnen und Verbraucher sowie Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen qualitätsgesichert und kostenfrei informieren und beraten, mit dem Ziel, die Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu stärken und Problemlagen im Gesundheitssystem aufzuzeigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen darf auf den Inhalt oder den Umfang der Beratungstätigkeit keinen Einfluss nehmen. Die Förderung einer Einrichtung zur Verbraucher- oder Patientenberatung setzt deren Nachweis über ihre Neutralität und Unabhängigkeit voraus. Die Entscheidung über die Vergabe der Fördermittel trifft der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten; die Fördermittel werden jeweils für eine Laufzeit von fünf Jahren vergeben. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird bei der Vergabe durch einen Beirat beraten. [...]. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den Beirat jährlich über Angelegenheiten betreffend die Förderung nach Satz 1 zu unterrichten. [...].*
- (2) Die Fördersumme nach Absatz 1 Satz 1 beträgt im Jahr 2011 insgesamt 5.200.000 Euro und ist in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Sie umfasst auch die für die Qualitätssicherung und die Berichterstattung notwendigen Aufwendungen.*

Insbesondere die in der zweiten Modellprojektphase gewonnenen Erkenntnisse wurden als Referenz für den Regelbetrieb herangezogen. Damit folgte die politische Einschätzung den zentralen Befunden der wissenschaftlichen Begleitung und des Beirats<sup>1</sup>; ein Erfolg, der das hohe Engagement sowohl aller Praktiker im Modellprojekt als auch der gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer verbandlichen Vertreter als Zuwendungsgeber auszeichnet.

Auch in die Neuausschreibung des Regelangebots durch den GKV-Spitzenverband flossen die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung ein. Auf diese Weise konnte das Vergabeverfahren bereits vor dem Erscheinen dieses Endberichts abgeschlossen und die Aufrechterhaltung eines Angebots zur unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung in Deutschland zum 1.4.2011 sicher gestellt werden.

## 1.2 Unabhängigkeit als zentrales Paradigma

Die Unabhängigkeit ihres Beratungsangebots ist der UPD als ein zentraler gesetzlicher Auftrag ins Stammbuch geschrieben. Die direkte oder indirekte Einflussnahme durch Hersteller, Leistungserbringer oder Krankenkassen auf die Inhalte der Beratung ist daher auszuschließen, damit die UPD ihren Nutzern glaubwürdig vermitteln kann, einzig und allein in ihrem Interesse zu handeln.

Die inhaltliche Unabhängigkeit in der Beratung wurde in der Vergangenheit und wird entsprechend der Neufassung des § 65b SGB V auch in der Zukunft durch einen Fördervertrag zwischen den Gesellschaftern der UPD und dem GKV-Spitzenverband als Fördermittelgeber sichergestellt. Der weitere Einfluss des GKV-Spitzenverbandes beschränkt sich wie in der Vergangenheit auf den sachgemäßen Einsatz der Beitragsmittel entsprechend den Förderzielen.

Generell ist es zu begrüßen, dass mit der Neuausschreibung der UPD die Private Krankenversicherung zukünftig auf freiwilliger Basis bei der Finanzierung und Steuerung einer unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung einbezogen wird. Allerdings wäre eine dauerhafte verpflichtende Mitfinanzierung sachgerecht.

Auf einer zweiten Ebene war die Unabhängigkeit der UPD in der Vergangenheit durch die drei Gesellschafter der gGmbH, die Fördernehmer in der Modellprojektphase waren (vgl. Kapitel 2.1) sowie durch einen entsprechenden Gesellschaftsvertrag sicher-

---

<sup>1</sup> Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats sind Prof. Dr. Ullrich Bauer (Lehrstuhl für Sozialisationsforschung an der Universität Duisburg-Essen), Prof. Dr. Robert Francke (Lehrstuhl für Öffentliches Recht an der Universität Bremen), Prof. Dr. David Klemperer (Lehrstuhl für medizinische Grundlagen der Sozialen Arbeit, Sozialmedizin und Public Health an der Fachhochschule Regensburg), Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Lehrstuhl für Sozialwissenschaften und Gesundheitspolitik an der Technischen Universität Berlin) und Prof. Dr. Jürgen Windeler (vormals leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, seit 2010 Direktor des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen).

gestellt. Der wissenschaftliche Beirat hat in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass auch zukünftig über die Rechtsform sichergestellt sein muss, dass Dritte (Träger oder auch Kooperationspartner) keinen Einfluss auf Beratungsinhalte oder auch Beratungsstandards nehmen können. Darüber hinaus muss Transparenz im Sinne einer klar erkennbaren Trägerschaft gewährleistet sein, um deren Unabhängigkeit einschätzen zu können.<sup>2</sup>

Neben dieser formalen Perspektive auf die Unabhängigkeit der UPD gibt es eine weitere, die die Sicht der Nutzer reflektiert. Für sie stellt die Unabhängigkeit eines Angebotes nur eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung für eine qualitativ gute Information oder Beratung dar. Dieser Befund speist sich aus den Untersuchungen der abgeschlossenen Förderphase und deckt sich mit der in der Wissenschaft unstrittigen Feststellung, dass die Stärkung der Bürgerinnen und Bürger im Gesundheitswesen nur durch die Bereitstellung qualitativ hochwertiger Informations- und Beratungsangebote erreicht werden kann. Entscheidungen zur eigenen Gesundheit setzen voraus, dass Information und Beratung auf Basis best verfügbarer Evidenz – und damit unabhängig von Interessen jenseits einer methodisch anspruchsvollen wissenschaftlichen Wirkungsforschung erfolgt.

### 1.3 Fazit des zweiten Zwischenberichts der wissenschaftlichen Begleitung

Der Suchprozess, der seit dem Beginn der modellhaften Erprobung im Jahr 2001 durchlaufen wurde, verdeutlicht, dass der Anspruch an eine unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung hoch ist und ihre praktische Umsetzung für alle Beteiligten eine enorme Herausforderung darstellt. Folgerichtig war in der Vergangenheit eine intensive wissenschaftliche Begleitung, zunächst durch die Universität Bielefeld und die Medizinische Hochschule Hannover und in der zweiten Modellprojektphase ab 2006 durch die Prognos AG, Teil der Erprobung. Die jeweiligen Ergebnisse wurden fortlaufend aufbereitet und der Praxis sowie der Politik als Steuerungs- und Entscheidungsgrundlage zur Verfügung gestellt.<sup>3</sup> So führte der Weg der unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung von einer durch konzeptionelle und organisatorische Vielfalt gekennzeichneten ersten Förderphase mit 30 sehr unterschiedlichen, themenspezifischen und -

2 Vgl. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats zum Modellvorhaben nach § 65b SGB V vom 22. Januar 2010: Eckpunkte für das zukünftige Leistungsprofil einer unabhängigen Patientenberatung.

3 Steiner, Michael et al. (2010): 2. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellverbundes nach § 65b SGB V - Unabhängige Patientenberatung in Deutschland.

Steiner, Michael et al. (2008): 1. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellverbundes nach § 65b SGB V - Unabhängige Patientenberatung in Deutschland.

Dierks, Marie-Luise et al. (2006): Evaluation der Modellprojekte zur unabhängigen Patienten- und Verbraucherberatung nach § 65b SGB V – Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zur Verlängerungsphase der Modellprojekte 2004 – 2005.

Schaeffer, Doris et al. (2004): Evaluation der Modellprojekte zur Patienten- und Verbraucherberatung nach § 65b SGB V – Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung für die Spitzenverbände der GKV.

übergreifenden Einzelvorhaben zu einem organisatorisch integrierten Angebot.

Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung in der zweiten Modellphase von 2006 bis 2010 war es, in Übereinstimmung mit den vertraglich fixierten Zielsetzungen der UPD, Informationen und Erkenntnisse zu den zentralen Erfolgsfaktoren der modellhaften Erprobung zu erheben und zu bewerten. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang

- die Entwicklung eines eigenständigen inhaltlichen Beratungsprofils der UPD,
- die effektive Steuerung und Qualitätssicherung im Verbund,
- die effiziente Nutzung der Beratungskapazitäten und Sicherstellung niederschwelliger Zugangswege zur Beratung,
- der Aufbau von internen und externen Kommunikationsstrukturen und -instrumenten sowie
- die intensive regionale und bundesweite Vernetzung.

Der zweite Zwischenbericht der Prognos AG lag im April 2010 vor; ein Zeitpunkt, zu dem ein hoher Handlungsdruck bestand, um die Ergebnisse des Modellprojektes zu sichern und die politische Entscheidung über die Zukunft einer unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung in Deutschland voranzubringen. Im Sinne eines vorgezogenen Endberichts musste – und konnte – mit dem zweiten Zwischenbericht bereits verdeutlicht werden, dass seit 2006 mit der Gründung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland gGmbH große Schritte in Richtung einer organisatorisch integrierten, thematisch profilierten und regional ausgewogenen Gesamtkontur einer unabhängigen Patientenberatung gemacht worden sind. Im Fazit der umfangreichen Faktenaufbereitung heißt es daher: „Die entwickelten Strukturen und Prozesse im Verbund entsprechen den im Fördervertrag zwischen dem GKV-Spitzenverband und der UPD festgelegten Zielen [...]. Außerdem nehmen Bekanntheit und Nutzung der UPD und damit auch die Auslastung der aufgebauten Beratungsstrukturen zu [...]. Insgesamt [...] sind überwiegend tragfähige Gestaltungsmöglichkeiten für eine unabhängige Patientenberatung entstanden [...]“<sup>4</sup>

Gleichzeitig wurde hier aufgezeigt, welche Aspekte in der verbleibenden Modellprojektlaufzeit, aber auch im Falle der Weiterführung einer unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung weiter bearbeitet werden müssen:

---

<sup>4</sup> Vgl. Steiner, Michael et al. (2010): 2. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellverbundes nach § 65b SGB V - Unabhängige Patientenberatung in Deutschland. S. 71.

- Um das Angebot der UPD optimal an den Nutzerpräferenzen ausrichten zu können, wurde die weitere Entwicklung und Anwendung strukturierender und qualitätssichernder Prozessstandards empfohlen. Diese sollten dazu führen, dass die grundlegende Fragestellung für das Informations- und Beratungsgespräch mit dem Ratsuchenden geklärt wird. Die Weiterentwicklung solcher Prozessstandards sollte dabei auch die Definition von Abgabe- und Verweisroutinen umfassen und war eine Hauptaufgabe der zentralen Steuerungseinheit des Verbundes.
- Die Praxis der UPD machte deutlich, dass ein einheitliches Qualitätsverständnis für die Beratung trotz eines durchgängig hohen Qualifizierungsniveaus der Berater nicht vorausgesetzt werden konnte. Kontinuierliche Fortbildungsangebote, die Arbeit von Qualitätszirkeln u.ä., die Erstellung von evidenzbasierten Patienteninformationen, beratungsunterstützenden Informationen und Verweisinformationen sowie die Weiterentwicklung von Recherche- und Verweisregeln sollten dazu beitragen, das Kompetenzprofil der UPD weiter schärfen.
- Auch die stärkere Profilierung der in den regionalen Beratungsstellen vorgehaltenen medizinischen, rechtlichen und psychosozialen Kompetenzfelder war notwendig, um die UPD weiter zu entwickeln. Die Kompetenzfeldprofile sollten dazu beitragen, die Detaillierung und Tiefe von Beratungsleistungen sowie die Grenzen der Beratung zu definieren, klare Verweisregeln zu setzen und letztlich auch die Eigenständigkeit der Kompetenzfelder sowie ihre Schnittstellen zu benennen.
- Aufbauend auf solchen Kompetenzfeldprofilen wurde empfohlen, das Qualitäts- und Wissensmanagement weiter zu fokussieren. Der Wunsch der Berater nach Standards und Qualifizierung war stark ausgeprägt, das zeigten die Ergebnisse unterschiedlicher Erhebungen. Und dort, wo Schulungen durchgeführt wurden und Standards vorlagen, waren qualitativ gute und einheitlichere Beratungsleistungen festzustellen.
- Ein zentraler erfolgskritischer Faktor im Prozess der Qualitätsentwicklung betraf die Steuerungsfähigkeit der Bundesgeschäftsstelle. Die Frage war, inwieweit es der Bundesgeschäftsstelle als verantwortlicher Steuerungseinheit gelang, trotz ihrer auf vertraglichen und organisatorischen Rahmenbedingungen begründeten geringen Durchgriffsmöglichkeiten eine einheitliche Umsetzung dieser Standards im Verbund sicherzustellen. Die Bundesgeschäftsstelle war sowohl bei der beteiligungsorientierten Entwicklung von Qualitätsstandards als auch bei deren Umsetzung auf die aktive Unterstützung der Träger aller regionalen Beratungsstellen angewiesen.
- Ein weiterer Erfolgsfaktor für die UPD bestand im Aufbau und der Pflege eines Kooperationsnetzwerks zu anderen

unabhängigen, aber auch interessen gebundenen Partnern im Gesundheitssystem, soweit diese qualitätsgesicherte Informationen und Beratung anbieten oder eine fachliche Zuständigkeit für die Anliegen der Ratsuchenden haben. Die Netzwerkarbeit fand auf Bundesebene und ganz gezielt auch in den regionalen Beratungsstellen statt, damit Ratsuchende mit ihren Anliegen hier an kompetente bzw. zuständige Institutionen und ggf. auch an fachliche Ansprechpartner verwiesen werden konnten. Hierin lag ein zentraler Mehrwert der regionalen Präsenz der UPD. Auch sollten die Netzwerke der Beratungsstellen nicht einseitig, sei es in den Bereichen der Selbsthilfe oder der Leistungserbringer, geknüpft werden, sondern mussten vielfältig sein. Hierauf wiesen bereits die entsprechenden Standards und Leitlinien der Bundesgeschäftsstelle hin, die in der damals verbleibenden Laufzeit noch weiter umgesetzt werden sollten. Auch in diesem Zusammenhang bedurfte es der besonderen Unterstützung durch die Träger der regionalen Beratungsstellen.

- Entsprechend den sich wandelnden Informationsgewohnheiten in der Bevölkerung stellte sich die stärkere Nutzung des Internets als eine große Chance für die Weiterentwicklung des Informations- und Beratungsangebots der UPD dar. Ein thematisch strukturiertes und umfassendes Informationsangebot, das im Vorfeld oder im Nachgang einer Beratung per Internet zur Verfügung gestellt wird, sowie eine qualitätsgesicherte Online-Beratungsmöglichkeit sollten als eigenständige und strategisch wichtige Gestaltungsbereiche weiterentwickelt werden.
- Das telefonische Beratungsangebot der regionalen Beratungsstellen und das kostenfreie bundesweite Beratungstelefon der UPD eröffneten Möglichkeiten, Auslastungsschwankungen einzelner Beratungsstellen durch die Übernahme von Telefondiensten abzufangen und damit eine effiziente Nutzung der Beratungskapazitäten zu erreichen. Diese sollten in der verbleibenden Laufzeit des Modellprojektes genutzt werden.
- Perspektiven für die Erreichung einer größeren Anzahl von Ratsuchenden ergaben sich durch die nachfragegerechte Aufstockung der Kapazitäten des bundesweiten Beratungstelefonats und den Ausbau internetgestützter Informations- und Beratungsangebote.

Nach der Veröffentlichung des zweiten Zwischenberichts wurden die oben genannten Aspekte zwischen allen am Modellprojekt beteiligten Akteuren intensiv und auch kritisch diskutiert. U. a. aus dieser Diskussion resultierten Reaktionen und Maßnahmen der Bundesgeschäftsstelle, die in der verbliebenen Modellprojektlaufzeit die inhaltliche Weiterentwicklung des Verbundes weiter förderten. Hierauf wird in den folgenden Kapiteln im einzelnen eingegangen.

## 1.4 Zielsetzung und Aufbau des Endberichts

Aufbauend auf den Befunden des zweiten Zwischenberichts werden im vorliegenden Endbericht Anforderungen an eine unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung als Ergebnis der modellhaften Erprobung vorgestellt und begründet. Dies geschieht auf der Grundlage aktueller Untersuchungen der wissenschaftlichen Begleitung aus 2010, die die Ergebnisse des zweiten Zwischenberichts ergänzen: Es wurden die Fallzahlentwicklung bis Ende der Modellphase, die Ergebnisse der letzten Monitoring-Abfrage in den regionalen Beratungsstellen sowie der Nutzerbefragung 2010 eingearbeitet. Darüber hinaus liegen die abschließenden Untersuchungen zu den Teilprojekten und überregionalen Angeboten sowie zur Rolle der Träger der 22 regionalen Beratungsstellen im Verbund vor.

In den Endbericht wurden auch Analysen Dritter eingebunden, die maßgeblichen Einfluss auf die politische Entscheidungsfindung zur Neufassung des § 65b SGB V hatten und bei der Neuausschreibung der UPD eine Rolle spielten. Zu nennen ist die ausführliche Stellungnahme des wissenschaftlichen Beirats zu den Ergebnissen des zweiten Zwischenberichts sowie zwei Untersuchungen im Auftrag der UPD-Bundesgeschäftsstelle: eine umfassende Arbeitszeitanalyse der Beratungsfirma BSL-Managementberatung GmbH sowie Auswertungen der Charité zum Thema Beschwerden.

Die Kapitel des Endberichts greifen die zentralen Themen und Herausforderungen einer unabhängigen Patientenberatung auf:

- Zentrale Steuerung und regionale Präsenz – strukturelle Rahmenbedingungen einer unabhängigen Patientenberatung
- Niederschwellige Erreichbarkeit – Beratungs- und Informationsangebote und deren Inanspruchnahme
- Qualifizierte Erstberatung und Lotsenfunktion – unabhängige Patientenberatung und ihr Umfeld
- Qualität und Unabhängigkeit – Standards und Prozesse in der Beratung
- Seismograf im Gesundheitssystem – Themen der unabhängigen Patientenberatung
- Innovations- und Entwicklungsperspektiven – unabhängige Patientenberatung als lernendes System

Jedem Kapitel werden kurze Zusammenfassungen im Sinne von generalisierbaren Anforderungen an eine unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung vorangestellt, die dann mit den Befunden der wissenschaftlichen Begleitung untermauert werden. Eine abschließende Gesamtzusammenfassung rundet den Bericht ab.

## 2 Zentrale Steuerung und regionale Präsenz - strukturelle Rahmenbedingungen einer unabhängigen Patientenberatung

### **Anforderungen an eine Unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung:**

*Die operative Steuerung einer unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung wird durch die zentrale Einheit wahrgenommen, die gewährleistet, dass fachliche und organisatorische Vorgaben in der gesamten Organisation umgesetzt werden.*

*Für die eigentliche Beratung von Patienten und Verbrauchern sind bundesweit Beratungsstellen einzurichten. Dadurch kann sichergestellt werden, dass die unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung Kenntnis der regionalen gesundheitlichen Versorgungsstrukturen hat, diese Kenntnisse in die Information und Beratung von Ratsuchenden einfließen lässt und sich in den regionalen Netzwerken im Sinne der Ziele der unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung engagiert. Die regionalen Standorte müssen eine gute Zugänglichkeit des Angebots im Sinne einer guten verkehrstechnischen Erreichbarkeit gewährleisten.*

*Information und Beratung erfolgen in einem gesundheitlich-medizinischen, einem juristischen und einem psychosozialen Kompetenzfeld. Sie sind so zu strukturieren, dass sie zu einer Orientierung der Ratsuchenden und Klärung ihrer Anliegen führen, sich jedoch von der anwaltlichen wie ärztlichen Tätigkeit abgrenzen. Daher sind klare Grenzen der Beratung und Standards für die qualifizierte Weiterleitung von Ratsuchenden notwendig.*

*Die Stellenbesetzung erfolgt interdisziplinär. Neben ärztlichen Fachpersonal sollten Mitarbeiter über einen juristischen oder psychologischen Hochschulabschluss verfügen oder sich durch einschlägige Berufserfahrung in der Patientenberatung und einen anderweitigen akademischen Abschluss mit Bezug zum Gesundheitswesen qualifizieren.*

*Das Angebot der regionalen Beratungsstellen ist durch themenspezifische überregionale Angebote zu ergänzen. Diese sollen im Sinne von Kompetenzstellen eine fachspezifische Hintergrundberatung der Berater und / oder indikations- und versorgungsspezifische Informations- und Beratungsangebote für Ratsuchende bereithalten. Auswahlkriterien für die Themen der überregionalen Kompetenzstellen sind z.B. eine hohe versorgungspolitische Relevanz bzw. die Komplexität entsprechender Anfragen bei der unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung.*

### 2.1 Gesamtstruktur des Modellverbundes

Aufbauend auf den Erkenntnissen der ersten Förderphase konnte zur Umsetzung des § 65b SGB V am 10. April 2006 ein organisatorisch integrierter Modellverbund mit dem Namen Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH (UPD) gegründet werden. Gesellschafter der UPD waren der Sozialverband VdK Deutschland e.V., die Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (VZBV) und der Verbund unabhängige Patientenberatung e.V. (VuP). Sie entwickelten gemeinsam Strukturen für eine tragfähige und qualitätsgesicherte unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung. Die Förderung war bis zum 31. Dezember 2010 befristet.

Die vertraglich zwischen der Geschäftsführung der UPD und den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen<sup>5</sup> als Geldgeber vereinbarten Ziele für die UPD bezogen sich im Sinne des § 65b SGB V auf die Stärkung und Verbesserung der Autonomie, Eigenverantwortung und Aufklärung von Nutzern des Gesundheitswesens durch

- die Entwicklung, Erprobung und Implementierung von Qualitätsstandards, Qualifizierungsangeboten sowie eines einheitlichen Informationsmanagements unter Anwendung einheitlicher Standards,
- die Verbesserung der Bekanntheit und Erreichbarkeit der Angebote der unabhängigen Patientenberatung mit ausreichender Präsenz in der Fläche,
- die modellhafte Erprobung von spezifischen Einzelfragen der unabhängigen Patientenberatung in sogenannten Teilprojekten,
- die Vernetzung und Kooperation zwischen „abhängiger“ und „unabhängiger“ Patientenberatung.

Die Beratungsarbeit hatte auf der Basis von objektiven und qualitativ gesicherten, unabhängigen und neutralen Informationen zu erfolgen. Eine wichtige Aufgabe des Modellverbundes war es, sich als zentraler qualifizierter Ansprechpartner für Rat suchende Patienten und Verbraucher in Deutschland zu etablieren. Dabei sollte die UPD nicht in Konkurrenz zu den bestehenden Angeboten treten, sondern für die Ratsuchenden vielmehr eine wertvolle Ergänzung zu den vorhandenen Beratungsangeboten der Krankenkassen, der Selbsthilfe und der zahlreichen Leistungserbringer und -träger im Gesundheitswesen darstellen. Ziel des Modellverbundes war es, im Sinne einer ersten Anlaufstelle mit Lotsenfunktion eine unabhängige, neutrale und qualitativ hochwertige Information und Beratung sicherzustellen, um so Patientenautonomie und Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken.

Der Verbund war mit einer zentralen Bundesgeschäftsstelle in Berlin und Beratungsstellen in regionaler Trägerschaft an 22 Standorten in allen Bundesländern vertreten. Die insgesamt 27 Träger der 22 regionalen Beratungsstellen waren Mitgliedsorganisationen der Gesellschafter.

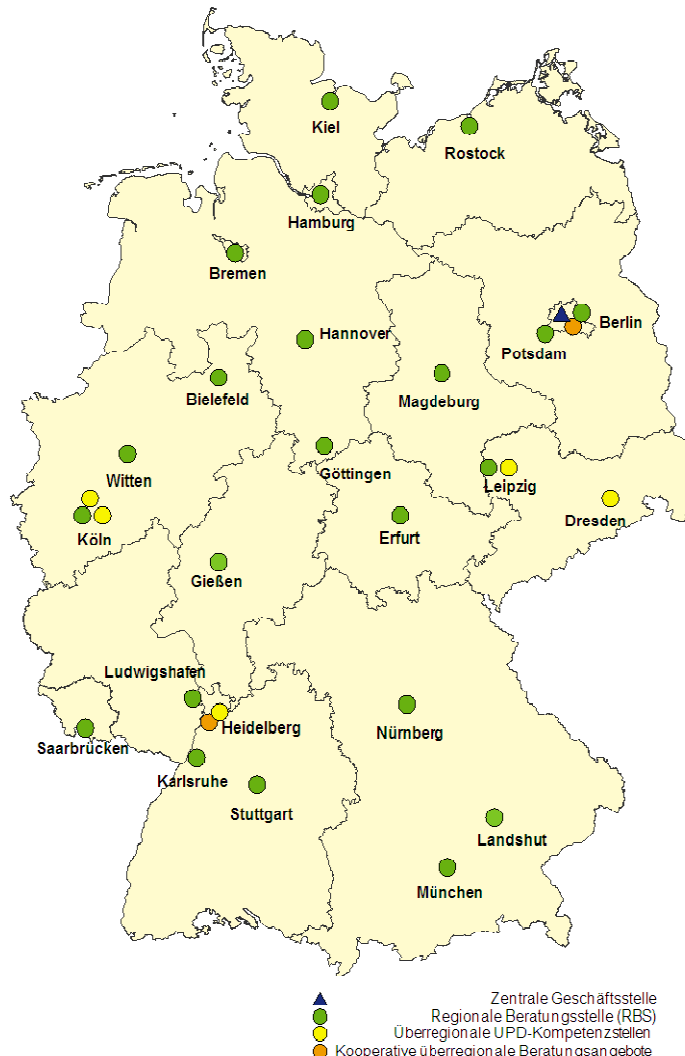
Die Struktur wurde ergänzt durch ein kostenfreies bundesweites Beratungstelefon und spezifische überregionale Beratungsangebote zu den Themen Zahngesundheit, Arzneimittelberatung, Essstörungen, psychische Erkrankungen, Hilfsmittel sowie Krebserkrankungen.

---

<sup>5</sup> Am 1.7.2008 ist die Förderung von den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen auf den neu gegründeten GKV-Spitzenverband über gegangen.

Die folgende Abbildung zeigt die regionale Verteilung von Beratungsstellen, überregionalen Angeboten und Bundesgeschäftsstelle:

Abbildung 2-1: Regionale Präsenz des Modellverbundes



Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG

## 2.2 Qualitätsentwicklung und -sicherung durch die Bundesgeschäftsstelle

### Aufgabenbereiche und personelle Ressourcen

Die UPD setzte ihren Auftrag u.a. mit Hilfe von 22 regionalen Beratungsstellen um. Hieraus ergab sich die Herausforderung, wie an allen Standorten eine einheitliche Identität bei Beachtung gleicher qualitätsgesicherter Beratungsstandards sicherzustellen. Es war daher notwendig, dass die Bundesgeschäftsstelle der UPD in Berlin eine zentrale Steuerungsfunktion wahrnahm, die sich auf die folgenden Aufgabenfelder bezog:

- Aufbau und Weiterentwicklung eines Netzwerks von regionalen Beratungsstellen
- Konzeption und Pflege eines internetgestützten Informations- und Beratungsangebots
- Betrieb eines kostenfreien, bundesweit einheitlich anzuhählenden, zentralen Beratungstelefons
- Finanzcontrolling zur Sicherstellung des zweckgebundenen und wirtschaftlichen Ressourceneinsatzes
- Durchführung der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit auf Bundesebene und Unterstützung bzw. Koordinierung der regionalen Aktivitäten
- Aufbau und Pflege eines Netzwerks zu fachlichen und politischen Institutionen, Kooperationspartnern etc. auf Bundesebene und Unterstützung der regionalen Aktivitäten
- Gewährleistung einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung und -sicherung zur Sicherstellung eines einheitlichen Informations- und Beratungsprozesses auf hohem Niveau inkl. Qualitäts- und Wissensmanagement und Qualifizierung der Mitarbeiter
- Aggregierte thematische Auswertung von Beratungsanfragen und gezielte Rückmeldung der Ergebnisse ins System der Gesundheitsversorgung

Im Rahmen des zweiten Zwischenberichts der wissenschaftlichen Begleitung wurde dargelegt, welche Personalressourcen in der Bundesgeschäftsstelle eingesetzt wurden, um diese Aufgaben umzusetzen. Die Bundesgeschäftsstelle war mit insgesamt 10 Mitarbeitern in einem Gesamtstellenumfang von 8,25 VK besetzt. Die Stellen verteilten sich wie in folgender Tabelle dargestellt auf die verschiedenen Aufgabenbereiche:

Tabelle 2-1: Personelle Ausstattung der Bundesgeschäftsstelle

Bereich	Funktion	Stellenumfang
Geschäftsführung	Geschäftsführung	1,0
	Sekretariat/Assistenz	1,0
Qualitätsmanagement	Referent	1,0
	Assistenz	0,5
Wissensmanagement	Mitarbeiter	0,75
	Mitarbeiter	0,5
Information & Kommunikation	Referent	1,0
	Assistenz	0,5
Kooperation & Vernetzung	Referent	1,0
	Assistenz	0,5
Projekt-/Finanzverwaltung	Mitarbeiter	0,5
<b>Summe</b>		<b>8,25</b>

Quelle: Bundesgeschäftsstelle / Prognos

Im Zuge der Modellentwicklung wurde deutlich, dass insbesondere in den Bereichen Qualitäts- und Wissensmanagement ein enorm hoher Arbeitsaufwand zu leisten war, um verbundweit zeitnah, in ausreichendem Maße und fortlaufend zu aktualisierende Standards auf der Basis bestverfügbarer Evidenz zu setzen und deren Anwendung sicherzustellen (vgl. hierzu auch Kapitel 5). Im Sinne der Weiterentwicklung einer einheitlich guten Beratungsqualität erscheint es vor diesem Hintergrund zukünftig ratsam, die personellen Kapazitäten in der Steuerung aufzustocken, um den Beratern im Verbund eine breitere Wissensbasis zur Verfügung stellen zu können.

### Vor- und Nachteile eines Trägermodells

Die insgesamt 27 Träger der 22 regionalen Beratungsstellen waren Mitgliedsorganisationen der Gesellschafter.<sup>6</sup> Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Standorte und Trägerschaft der 22 regionalen Beratungsstellen:

---

6 Anmerkung: Vier Standorte werden als Trägerkooperation betrieben

*Tabelle 2-2: Übersicht über Standorte und Trägerschaft der regionalen Beratungsstellen*

<b>Standorte der regionalen Beratungsstellen</b>	<b>Träger</b>
<i>Berlin</i>	<i>VdK</i>
<i>Bielefeld</i>	<i>VuP</i>
<i>Bremen</i>	<i>VuP</i>
<i>Erfurt</i>	<i>VZ</i>
<i>Gießen</i>	<i>VdK/VuP</i>
<i>Göttingen</i>	<i>VuP</i>
<i>Hamburg</i>	<i>VuP</i>
<i>Hannover</i>	<i>VuP(SoVD)</i>
<i>Karlsruhe</i>	<i>VZ</i>
<i>Kiel</i>	<i>VZ</i>
<i>Köln</i>	<i>VdK/VuP</i>
<i>Landshut</i>	<i>VdK</i>
<i>Leipzig</i>	<i>VZ/VdK</i>
<i>Ludwigshafen</i>	<i>VZ</i>
<i>Magdeburg</i>	<i>VuP</i>
<i>München</i>	<i>VuP</i>
<i>Nürnberg</i>	<i>VuP</i>
<i>Potsdam</i>	<i>VZ/VuP(SoVD)</i>
<i>Rostock</i>	<i>VZ</i>
<i>Saarbrücken</i>	<i>VZ/VdK</i>
<i>Stuttgart</i>	<i>VdK</i>
<i>Witten</i>	<i>VuP</i>

Durch die Einbindung regionaler Träger von Beratungsstellen in den Verbund der UPD sollten verschiedene Ziele erreicht werden:

- Geschäftsfähigkeit: zügige Betriebsaufnahme durch Anknüpfen an bereits bestehende Strukturen bei den Trägern
- Overhead: dezentrale Anstellungsträgerschaft durch die Träger mit schlanker inhaltlich steuernder Zentrale in Berlin; Trennung von Beratung und Verwaltung in den Beratungsstellen
- Bekanntheit: Etablierung der Marke UPD und schnelle Präsenz in den Regionen sowie guter Zugang zu Zielgruppen durch die Träger als Multiplikatoren
- Netzwerke: fachliche und politische Verankerung in den Regionen durch Nutzung der trägereigenen Netzwerke; Nutzung der Kenntnis regionaler Strukturen und Zuständigkeiten im Gesundheitssystem für zielgerichtete Kooperationen und Verweise von Ratsuchenden
- Kompetenz: Einbringen von bereits vorhandenem fachlichen Know-how für die Entwicklung der Patientenberatung

Die Träger der regionalen Beratungsstellen waren somit ein wichtiger strategischer und operativer Bestandteil der Verbundkonzeption und Vertragspartner der Bundesgeschäftsstelle. Sie waren laut Bewilligungsvereinbarung zur fachlichen Unterstützung bzw. Mitwirkung bei der Ausgestaltung der Patientenberatung berechtigt und konnten Anweisungen und auch aktive Hilfestellungen für die Entwicklung und Umsetzung von Informations- und Beratungsangeboten geben.

Im Einzelnen beschrieb die Bewilligungsvereinbarung für die Träger folgende Aufgaben:

*Auf Grundlage einer Bewilligungsvereinbarung gewährt die UPD gGmbH den Trägern Zuschüsse und zentrale Unterstützungsleistungen für Aufbau, Betrieb und Finanzierung einer regionalen Beratungsstelle im Rahmen des Modellverbundes. Demnach haben die Träger als unabhängige, gemeinnützige Organisationen die Fach- und Dienstaufsicht für die Mitarbeiter der regionalen Beratungsstellen inne und in dieser Funktion die Erfüllung aller Bewilligungsbedingungen sicherzustellen. Diese umfassen zum einen die Erfüllung von Strukturvorgaben für den Betrieb der regionalen Beratungsstellen:*

- *Vorhalten qualifikatorisch passender und zahlenmäßig ausreichender personeller Kapazitäten zur Beantwortung von Anfragen im gesundheitlichen, rechtlichen und psychosozialen Bereich*
- *Festlegung der Öffnungszeiten und Abdeckung der vorgesehenen Beratungszeiten*
- *Anmietung geeigneter Räumlichkeiten und Schaffung einer geeigneten EDV-Struktur in der Beratungsstelle*
- *Sicherstellung eines barrierefreien Zugangs zur Beratungsstelle*

*Zum anderen werden in der Bewilligungsvereinbarung allgemeine Anforderungen an Arbeitsbereiche in den regionalen Beratungsstellen benannt, die vom Träger sicherzustellen sind:*

- *Erbringung von Informations- und Beratungsdiensten am bundesweiten Beratungstelefon*
- *Sicherung der Qualität der Dienste unter Nutzung der UPD-Dokumentations- und Qualitätsmanagementinstrumente*
- *Mitarbeit in Arbeitsgruppen und Teilnahme an Fortbildungen*
- *Herstellung von stabilen Kooperationsbeziehungen*
- *Umsetzung von Corporate Design / Corporate Identity und Öffentlichkeitsarbeit*

Im Laufe des Modellprojektes wurde jedoch deutlich, dass der Verbund organisatorische Besonderheiten aufwies, die Auswirkungen auf seine Steuerungsfähigkeit hatten:

- Die UPD und die Träger der regionalen Beratungseinrichtungen waren keine rechtlich verbundenen Organisationseinheiten, sondern Vertragspartner.
- Die Bewilligungsvereinbarung als vertragliche Grundlage für den Aufbau und den Betrieb einer regionalen Beratungsstelle war aufgrund des Modellcharakters des Verbundes in vielen Punkten notgedrungen allgemein und auslegungsfähig. Es fehlten beispielsweise konkrete Vorgaben zum qualitativen Anspruch an die Beratung, zur Höhe bzw. Einheitlichkeit der Entlohnung des Personals, zur Einbin-

derung von Honorarkräften oder zur Kooperations- und Vernetzungsarbeit.

- Die Fach- und Dienstaufsicht für die Mitarbeiter des Modellprojektes lagen bei den Trägern der regionalen Beratungsstellen, die Berater standen in keiner direkten Vertragsbeziehung zur UPD.
- Auch die rechtliche Befugnis für die zweckgebundene Mittelverwendung, Strukturentwicklung und Personalführung vor Ort lag nicht bei der Bundesgeschäftsstelle, sondern bei den regionalen Trägern der Beratungsstellen.

Im Zwischenbericht wurde daher resümiert, „dass aufgrund der skizzierten Aspekte eine hohe organisatorische Komplexität im Verbund mit z. T. unklaren bzw. für die Verbundentwicklung ungünstigen Weisungsbefugnissen besteht. Das Anliegen, den Verbund mit einer identitätsprägenden Steuerungseinheit zu versehen, wird damit erschwert und die Steuerungseffizienz der Bundesgeschäftsstelle verringert. Entscheidungsprozesse verlängern sich, was letztlich die dynamische Weiterentwicklung der UPD verzögert. Dies wird insbesondere dann deutlich, wenn sich trägerspezifische Interessen z.B. bei der Definition und Umsetzung einheitlicher Beratungsstandards, der Qualifizierung von Mitarbeitern oder auch bei der Netzwerkarbeit und Außendarstellung des Verbundes hinderlich auswirken.“<sup>7</sup>

Der oben genannte Befund wurde zum Anlass genommen, in einer systematischen Analyse die Vor- und Nachteile des Trägermodells gegenüberzustellen. Von Interesse war im Einzelnen, wie die fachliche Unterstützung bzw. Mitwirkung der Träger bei der Ausgestaltung der Patientenberatung in den regionalen Beratungsstellen faktisch ausgeübt wurde und mit welchen konkreten Tätigkeiten sie sich beschreiben ließ. Im Fokus einer durchgeführten Trägeranalyse standen daher Fragen

- zur Aufgabenwahrnehmung der Träger in der Leitung der regionalen Beratungsstellen und der daraus entstehende Nutzen für den Modellverbund im Hinblick auf die definierten Zielsetzungen,
- zur Abstimmung zwischen Trägeraufgaben, Leistungen der Berater sowie den Steuerungsaufgaben der Bundesgeschäftsstelle und
- zu den Synergien mit anderen Trägeraktivitäten und -angeboten sowie zum Stellenwert bzw. zur Perspektive der Patientenberatung im Leistungsprofil der Träger.

---

<sup>7</sup> Vgl. Steiner, Michael et al. (2010): 2. Zwischenbericht der wissenschaftliche Begleitung des Modellverbundes nach § 65b SGB V - Unabhängige Patientenberatung in Deutschland. S. 25.

Anhand der im Frühjahr 2010 durchgeführten Trägeranalyse kann gezeigt werden, wie 11 der 27 Träger von regionalen Beratungsstellen ihre Rolle im Modellprojekt zur unabhängigen Patentberatung ausgestalten haben, und welcher Nutzen für die UPD daraus entstand. Aufgrund der Unterschiedlichkeit der ausgewählten Träger und mit der Spiegelung ihrer Einschätzungen durch Berater und Mitarbeiter der Bundesgeschäftsstelle stehen die Ergebnisse auf einer soliden und repräsentativen empirischen Basis. Im Ergebnis der Analyse wurden der Gesamtnutzen des Trägermodells für die Erreichung der Förderziele sowie die Bedingungen für eine optimierte Fortführung des Trägermodells herausgearbeitet.

### **Wann profitiert die UPD vom Trägermodell?**

Die Analyse zur Rolle der Träger im Verbund lassen sich unter drei zentralen Aspekten bündeln:

- 1. Organisation der Informations- und Beratungsangebote:** Die regionale Trägerschaft der Beratungsstellen war dann von Nutzen für die UPD, wenn mit ihnen eine maßgebliche infrastrukturelle und organisatorische Unterstützung der Berater einherging. Mit der anteiligen Mitnutzung und Finanzierung von Infrastruktur durch die regionalen Beratungsstellen konnten zum einen kostenseitige Vorteile für die UPD entstehen, da deren Anschaffung bzw. Bereitstellung vermieden wurde. Außerdem konnten die Berater von organisatorischen und Verwaltungsaufgaben entlastet werden. Dies betraf z.B. zentrale Empfangs- und Bürodienste, technischen Support, Unterstützung beim Datenschutz aber auch die Verwaltungsaufgaben, die laut Bewilligungsvereinbarungen zum Kernbereich der Trägerschaft gehörten. Außerdem konnte die Flexibilität in der Ausgestaltung der Beratungsangebote erhöht werden, wenn z.B. Beratungstermine durch zentrale Empfangsdienste vereinbart oder Räumlichkeiten für Veranstaltungen und Außenberatungen mit genutzt werden konnten. In ihrer Rolle als Anstellungsträger mit Fach- und Dienstaufsicht und Zuschussempfänger entschieden die Träger außerdem über den Einsatz personeller und finanzieller Ressourcen in den Beratungsstellen und trafen die Entscheidung über die Öffnungszeiten, so dass die Bundesgeschäftsstelle an dieser Stelle entlastet wurde.
- 2. Fachliche Ausgestaltung der Informations- und Beratungsangebote:** Die Analyse ergab, dass die fachliche Ausgestaltung der Angebote durch die Bundesgeschäftsstelle koordiniert und vorangetrieben wurde. Unter ihrer Regie waren die Berater die zentralen Akteure in einem beteiligungsorientierten Qualitätsmanagementprozess. Auch die unmittelbar beratungsrelevanten Netzwerke wurden überwiegend durch die Berater selbst aufgebaut und gepflegt.

Die Träger erkannten die Rolle der Bundesgeschäftsstelle bei der Entwicklung und Umsetzung angemessener und verbundeinheitlicher Qualitätsstandards an und stellten die Berater in der Wahrnehmung ihrer Dienstaufsicht für Qualitätssicherungs- und Qualifizierungsmaßnahmen frei. Die Verantwortung für das Qualitätsmanagement und der direkte fachliche Kontakt zwischen der Bundesgeschäftsstelle und den Beratern kam de facto der Wahrnehmung der Fachaufsicht gleich, auch wenn diese formell bei den Trägern lag.

3. **Beidseitiger strategischer Nutzen der Verbundmitgliedschaft:** Neben der organisatorischen konnten die Träger auch eine strategische Ressource für die UPD darstellen, wenn sie aufgrund ihres sozialpolitischen Profils und ihrer langjährigen regionalen Verankerung die öffentliche Wahrnehmung und Glaubwürdigkeit der UPD erhöhten und den Anliegen von Ratsuchenden in Gesundheitsfragen politisches Gewicht verleihen konnten. Die Unterstützung einer professionellen Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sowie ihre aktiven Kontakte vor allem in den politischen Raum waren die Voraussetzung hierfür. Aber auch umgekehrt stellte die Trägerschaft einen Nutzen für die Träger dar, da die fachlichen Kontakte und das Know-how der Berater die eigene Profilbildung förderten.

Die Notwendigkeit zur Weiterentwicklung bzw. Konkretisierung der Trägerrolle ergab sich daraus, dass die oben zusammengefassten Potenziale durch die Träger heute zwar überwiegend, aber in durchaus unterschiedlichem Maße realisiert wurden. In den regionalen Beratungsstellen lagen somit keine gleichen Rahmenbedingungen vor. Dies hatte Auswirkungen auf die Entwicklung eines überregional einheitlichen Informations- und Beratungsangebotes der UPD. Hieraus ließ sich ein vierter zusammenfassender Aspekt formulieren:

4. **Vereinheitlichung von Rahmenbedingungen in den Beratungsstellen:** Um das regionale Informations- und Beratungsangebot der UPD auf einem hohen und einheitlichen Qualitätsniveau weiter zu entwickeln, hätten alle Träger der regionalen Beratungsstellen während der Projektlaufzeit
- nach Möglichkeit für eine direkte räumliche Anbindung der Beratungsstellen sorgen,
  - ausnahmslos durch eine professionelle und hauptamtliche Büroorganisation ihre Geschäftsfähigkeit gewährleisten,
  - ihre Personalrekrutierung und Gestaltung von Öffnungszeiten entsprechend den bestehenden Empfehlungen der Bundesgeschäftsstelle umsetzen und auch
  - bei der fachlichen und breitenwirksamen Öffentlichkeitsarbeit und Bewerbung der Beratungsangebote die Vorga-

ben des CD-Handbuchs berücksichtigen und damit zu einer einheitlichen Außenwahrnehmung und Markenbildung der UPD beitragen müssen.

Dies war aber nicht durchgängig der Fall.

Ein fünfter Aspekt betraf bezog sich auf die zentrale Steuerungseinheit. Sie musste in die Lage versetzt werden, bestehende Regelungslücken zu schließen:

5. **Schließen von Regelungslücken durch die zentrale Steuerungseinheit:** Eine konsequente Weiterentwicklung des Verbundes hätte bedingt
- die Einführung von Bandbreiten für ein einheitliches qualifikationsgerechtes Entlohnungssystem aller Berater,
  - die Einführung einer einheitlichen, aufwands- und leistungsbezogenen Vergütung klar definierter Trägerleistungen und
  - die rechtliche Absicherung der bereits faktisch wahrgenommenen Fachaufsicht über die Berater durch die zentrale Steuerungseinheit, durch die Übertragung der Fach- und Dienstaufsicht oder alternativ durch eine stringent formulierte Bewilligungsvereinbarung, die Kontroll- und Durchgriffsrechte der zentralen Steuerungseinheit ggü. den regionalen Trägern und den bei ihnen angestellten Beraterinnen und Beratern regelt.

Die Untersuchungsergebnisse zeigen somit, unter welchen Voraussetzungen ein Trägermodell für die Weiterentwicklung der unabhängigen Patientenberatung über die Modellphase hinaus sinnvoll sein kann. Deutlich wurde in diesem Zusammenhang aber auch ein prinzipielles, dem Trägermodell anhaftendes Defizit. Es bezieht sich auf die Herausbildung eines eigenständigen Markenbildes für die unabhängige Patientenberatung:

6. **Markenbildung im Trägermodell:** Die Umsetzung des politischen Auftrags im Rahmen des § 65 b SGB V implizierte u.a. auch die Etablierung einer eigenständigen Marke für Informations- und Beratungsleistungen in Gesundheitsfragen. Die Träger konnten in der Modellphase – soweit vorhanden – über ihre Trägermedien und -ressourcen für die Öffentlichkeitsarbeit eine schnellere regionale Bekanntheit und Zielgruppenerreichung unterstützen. Da das Engagement der Träger aber – wie oben dargestellt – auch immer mit einem Eigeninteresse an öffentlicher Wahrnehmung und Profilbildung einher ging, erschwerte das Trägermodell die notwendige eigenständige Markenbildung für eine unabhängige Patientenberatung.

### **Fazit: Herstellung guter Rahmenbedingungen für die zentrale Steuerung des Trägermodells**

Ein Trägermodell mit einheitlichen und professionellen Strukturen, die sich an den oben benannten Kriterien orientieren, kann, so das Fazit, ein sinnvoller Organisationsansatz zur Umsetzung einer unabhängigen Patientenberatung sein. Ungeachtet dessen bleibt offen, ob nicht auch andere Organisationsmodelle durchaus gleichwertige oder sogar bessere Möglichkeiten für die Erreichung der politischen Ziele versprechen.

## **2.3 Aufgaben und Ressourcen der regionalen Beratungsstellen**

### **Aufgaben**

Das Aufgabenspektrum der regionalen Beratungsstellen umfasste im Kern die unmittelbare Beratungstätigkeit inklusive der fachlichen Vor- und Nachbereitung der Beratungsfälle. Darüber hinaus waren notwendige beratungsunterstützende Leistungen wie die aktive Mitwirkung an der Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit und der Qualitätssicherung des Beratungsangebots zu erbringen. Zentral hierfür war u.a.:

- die Beteiligung an gemeinsamer Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung in der Beratung sowie die regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsveranstaltungen,
- die Mitwirkung bei der Herstellung von stabilen Kooperationsbeziehungen und Vernetzungsstrukturen innerhalb und außerhalb des Verbundes,
- die Berücksichtigung des verbundweiten und - einheitlichen Corporate Designs sowie die Mitwirkung an einer abgestimmten Öffentlichkeitsarbeit.

Außerdem war in den regionalen Beratungsstellen für eine professionelle Büroorganisation und -infrastruktur zu sorgen, die u.a. gewährleistete, dass telefonisch und persönlich Ratsuchende empfangen und weitergeleitet werden konnten sowie die Mittelverwendung den Erfordernissen eines professionellen Finanzcontrollings entsprechend dokumentiert wurden.

### **Kompetenzfelder**

Das breite Spektrum von Anfragen, das durch die Mitarbeiter der UPD bearbeitet wurde, erforderte eine transdisziplinäre Ausrichtung des Beratungsangebots. Strukturell drückte sich dies in den drei Kompetenzfeldern aus, die durch die Berater in jeder Beratungsstelle abgedeckt wurden: das gesundheitlich-medizinische Kompetenzfeld, das juristische und das psychosoziale Kompetenzfeld.

Die Kompetenzfeldstruktur erwies sich prinzipiell als geeignet, sowohl die notwendigen Qualifikationen im Verbund als auch das Wissens- und Qualitätsmanagement der UPD grundlegend zu strukturieren. Zum Zeitpunkt der Zwischenberichterstellung be-

stand jedoch noch ein deutlicher Konkretisierungsbedarf, um ausgehend von unterschiedlichen Professionen zu einem einheitlichen und qualitativ hochwertigen Beratungsverständnis und -angebot zu kommen. Es wurde deutlich, dass die Kompetenzfelder zusätzlich zu ihrer professionellen Besetzung mit klaren inhaltlichen Profilen zu versehen sind. Diese Profile lagen zum Berichtszeitpunkt allenfalls in Entwurfsfassungen vor. Zu klären war insbesondere,

- in welcher Tiefe und Detaillierung zu medizinischen und rechtlichen Fragen beraten werden,
- wie sich die Beratung von der ärztlichen Tätigkeit oder der speziellen Rechtsberatung abgrenzen ,
- mit welchen Begleitinformationen ein Verweis an qualitätsgesicherte bzw. zuständige Institutionen im Gesundheitssystem erfolgen,
- welches die prioritären verbundinternen und -externen Adressaten sein,
- an die verwiesen werden und
- welcher Informationsweg für die eigene Recherche genutzt werden

sollte. Für alle drei Kompetenzfelder waren auch die Grenzen einer Beratung, wie sie die UPD leisten kann, aufzuzeigen, indem z.B. definiert und eingegrenzt wird, wann und in welchem Umfang Einzelfallhilfe geleistet werden muss, weil Ratsuchende nicht in der Lage sind, bestimmte Schritte alleine zu unternehmen.

Der wissenschaftliche Beirat äußerte sich hierzu in seiner Stellungnahme zum Zwischenbericht wie folgt:<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Vgl. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats zum Modellvorhaben nach § 65b SGB V vom 22. Januar 2010: Eckpunkte für das zukünftige Leistungsprofil einer unabhängigen Patientenberatung.

**Beratungsgrenzen schärfen das Profil unabhängiger Patientenberatung**

Für eine unabhängige Patientenberatung sind klare Grenzen der Beratung und Routinen der Verweisung in den einzelnen Handlungsfeldern notwendig. Diese Begrenzung macht die Rolle als Lotse deutlich und schärft die entsprechende Wahrnehmung. Die Beratung umfasst weder die Klärung juristischer Detailprobleme noch die Erstellung medizinischer Zweitmeinung. Für die zentralen Handlungsfelder unabhängiger Patientenberatung gilt:

**a) Handlungsfeld gesundheitlich-medizinische Fachkompetenz**

Bei medizinischen Fragestellungen ist der Auftrag strikt zur ärztlichen Tätigkeit abzugrenzen. Eine unabhängige Patientenberatung wird bei indikationsspezifischen Anfragen (nur) informierend i. S. einer nicht-direktiven Information tätig. Diese erfolgt auf der Grundlage evidenzbasierter Informationen und gemäß den Qualitätskriterien der Guten Praxis Gesundheitsinformation. Ziel ist es, Auskünfte und Informationen zur Verfügung zu stellen, die der Vorbereitung einer Entscheidung dienen. Die Informationen sollen das Gesundheitswissen der Bürgerinnen und Bürger verbessern und sie darin befähigen, eigenständig oder gemeinsam mit anderen (Ärzten, Angehörigen von anderen Gesundheitsberufen) Entscheidungen zu Gesundheitsfragen zu treffen, die ihren persönlichen Präferenzen, Wertvorstellungen und Lebenssituationen so weit wie möglich entsprechen. Dazu kann auch auf andere Einrichtungen verwiesen werden, die unabhängig und im Sinne der Guten Praxis Gesundheitsinformation informieren.

**b) Handlungsfeld (sozial-)rechtliche Fachkompetenz**

Der Umfang der rechtlichen Beratung ist auf allgemeine rechtliche Auskünfte begrenzt. Im Rahmen der allgemeinen rechtlichen Beratung sind Ratsuchende darüber aufzuklären, welche rechtlichen Möglichkeiten sich ihnen bei bestimmten Fragestellungen grundsätzlich eröffnen (z.B. Widerspruch bei Leistungsablehnung, rechtliche Möglichkeiten zur Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen). Der Beratungsauftrag einer unabhängigen Patientenberatung endet, wo es um die rechtliche Klärung und Durchsetzung individueller konkreter Sachverhalte geht. Auch für diese Fälle sind eindeutige Abgaberoutinen vorzusehen. Ratsuchende werden auf geeignete, spezialisierte Rechtsberatungsmöglichkeiten verwiesen. Auch bei Beachtung der Verweisungsaufgabe hat es sich in der Praxis als gut begründet erwiesen, für dieses Handlungsfeld juristische Kompetenz in einer Beratungsstelle vorzusehen.

**c) Handlungsfeld psychosoziale Fachkompetenz**

Das psychosoziale Handlungsfeld im derzeitigen Modellverbund versteht sich zum einen als Mittler, um die anderen Handlungsfelder in grundlegenden Beratungskompetenzen zu unterstützen, zum anderen konzentriert sich das Handlungsfeld aufgrund der Erfahrungen der Mitarbeiter (laut Ausführungen des AK „Psychosoziale Fachkompetenz“) auf Beratungsleistungen im Hinblick auf: Behinderung, Hospiz-Versorgung, Pflegeleistungen, Vorsorgedokumente, Arten der Psychotherapie, Krankheits- und Lebensbewältigung. Als wichtige Methoden werden das systemische Case Management und auch Advocacy im Rahmen der Beratung benannt.

Aus Sicht des Wissenschaftlichen Beirats ist die bei Ratsuchenden aus bestimmten vulnerablen Gruppen erforderliche Einzelfallhilfe kein Schwerpunkt der Beratungstätigkeit einer unabhängigen Patientenberatung. Eine Begleitung im Einzelfall sollte eher die Ausnahme für Fälle sein, bei denen deutlich ist, dass es den Ratsuchenden ohne Unterstützung unmöglich ist, weitere Schritte allein weiter zu unternehmen. Dabei muss weiter nach Lösungen gesucht werden, wie die Beratung in schwer erreichbaren Zielgruppen erfolgreich und mit einem vertretbaren Aufwand organisiert werden kann.

Das von der Bundesgeschäftsstelle entwickelte Beratungskonzept in seiner Fassung vom Mai 2010 hat diese zentralen Aspekte aufgegriffen. Hier wurden sowohl die allgemeinen Fachkompetenzen der Beraterinnen und Berater definiert, als auch die spezifischen Kompetenzen der Beraterinnen und Berater des gesundheitlichen-medizinischen, rechtlichen und psychosozialen Kompetenzfeldes. Differenziert wurden jeweils die Grundlagenkenntnisse, die Kernbereiche der Beratung sowie die ausgeschlossenen Themenbereiche. Das Beratungskonzept stellte somit eine substantielle Grundlage für die Weiterentwicklung der Beratungsangebote einer unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung dar.

### Personelle Ressourcen und Qualifikationen

Die Kompetenzfelder Gesundheit, Zivil-/Sozialrecht und psychosoziale Fragestellungen wurden in allen Beratungsstellen den vertraglichen Vorgaben der Bundesgeschäftsstelle entsprechend mit qualifiziertem Personal abgedeckt. Rein quantitativ umfassten die personellen Ressourcen, die den regionalen Beratungsstellen für die Aufgabenerfüllung zur Verfügung standen, im Regelfall 2,1 Vollkräfte aufgeteilt auf drei Stellen (3 x 0,7 VK).<sup>9</sup> In der Summe waren in den 22 regionalen Beratungsstellen des Verbundes 74 Mitarbeiter mit einem Gesamtstellenumfang von 52,6 VK beschäftigt. Wie sich diese auf die Kompetenzfelder sowie weitere Sonderaufgaben im Verbund verteilen, zeigt die folgende Übersicht:

*Tabelle 2-3: Personalressourcen des Verbundes*

	Mitarbeiter	Vollzeitstellen
<b>Kompetenzfelder</b>	<b>71</b>	<b>47,25</b>
Gesundheit	24	16,38
Zivil-/Sozialrecht	24	16,37
Psychosoziales	23	15,12
<b>Zusätzliche Mitarbeiter für Teilprojekte</b>	<b>3</b>	<b>4,75</b>
<b>Gesamt</b>	<b>74</b>	<b>52,62</b>

*Quelle: Prognos / Monitoring 2009*

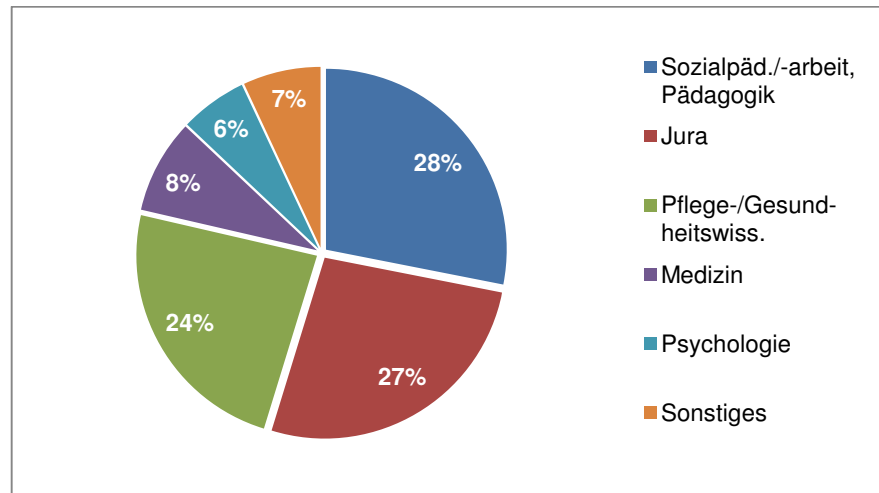
Vertraglich festgelegt war, dass die Beraterinnen und Berater in den jeweiligen Kompetenzfeldern über einen Hochschulabschluss verfügen. Sollte dieser nicht unmittelbar berufsqualifizierend sein, war Berufserfahrung in der Patientenberatung ein zwingendes Einstellungskriterium. Diese Voraussetzungen wurden von allen Beraterinnen und Beratern erfüllt, wobei die vertragliche Vereinbarung an dieser Stelle unkonkret bleibt; es war weder festgelegt, wie viele Jahre und welche Art von Tätigkeit als

<sup>9</sup> Die 2,1 VK verstehen sich exklusiv der modellspezifischen Erprobung in Teilprojekten, die vertraglich gesondert vereinbart wird. Abweichungen sind lt. Bewilligungsvereinbarung möglich bei 0,5 VK-Verträgen sowie bei maximal 2,5 VK unter Einhaltung der Budgetobergrenze für Personalkosten.

Berufserfahrung im Kompetenzfeld gelten, noch was unter einem berufsqualifizierenden Hochschulabschluss in einem Kompetenzfeld zu verstehen ist. Weiterhin war festzustellen, dass Anfragen in der Beratungspraxis häufig nicht eindeutig einem Kompetenzfeld zuzuweisen waren oder dass aufgrund der personellen Situation in den Beratungsstellen ein „zuständiger“ Kollege nicht anwesend war. In der Folge arbeiteten die meisten Beraterinnen und Berater zu einem erheblichen Anteil kompetenzfeldübergreifend. Umso wichtiger erscheint es, neben der notwendigen Querschnittskompetenz auch klare Profile und Schwerpunkte der Berater herauszubilden, so dass die Qualität der Beratung in allen Beratungsbereichen kontinuierlich verbessert werden kann.

Die Hochschulabschlüsse der 71 in der regulären Beratung Tätigen verteilten sich wie in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 2-2: Qualifikation der Beraterinnen und Berater



Quelle: Prognos / Monitoring 2009

Deutlich wird, dass der Anteil der Mediziner mit 8 % im Vergleich zu anderen unmittelbar berufsqualifizierenden Hochschulabschlüssen gering war. Das gesundheitliche Kompetenzfeld wurde ganz überwiegend mit Absolventen der Pflege- und Gesundheitswissenschaften abgedeckt. Um Kernfragestellungen des gesundheitlich-medizinischen Kompetenzfeldes – z.B. Fragen zu Krankheitsbildern und Krankheitsursachen, zu Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten von Krankheiten, zu Informationen über Medikamente, Impfungen und Medizinprodukte oder Fragen, bei denen es um eine Unterstützung bei der Entscheidungsfindung bezüglich medizinischer Maßnahmen geht – in zuverlässig guter Qualität beantworten zu können, ist eine Anhebung der Medizinerquote auf ein ähnliches Niveau wie die berufsqualifizierenden Abschlüsse der anderen Kompetenzfelder notwendig.

## **Zeitbudget für die Aufgabenwahrnehmung**

In den Informations- und Beratungsstrukturen der UPD wurden im Jahresdurchschnitt 2009 rund 7.200 Anfragen pro Monat bearbeitet, im Durchschnitt also ca. 330 Fälle je regionaler Beratungsstelle. Im Rahmen der Zwischenberichtserstattung wurde mithilfe der elektronischen Falldokumentation dargestellt, dass die zeitliche Auslastung durch die reine Beratungstätigkeit inklusive Vor- und Nachbereitung der Beratungsgespräche zwischen den 22 Beratungsstellen sehr stark schwankte. Im Durchschnitt lag sie bei 47 % der Soll-Gesamtarbeitszeit, in der neben der Beratung auch Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit, Qualitätsentwicklung, Qualifizierung etc. stattfanden. Die Schwankungsbreite zwischen den regionalen Beratungsstellen reichte von 34 bis 69 %.<sup>10</sup>

Im Nachgang des Zwischenberichts wurde dieses Datum im Auftrag der Bundesgeschäftsstelle auf der Grundlage einer systematischen Arbeitszeitanalyse validiert, um den Zeitaufwand für die unmittelbare Beratung differenzierter darstellen zu können und darüber hinaus auch den Aufwand für die oben genannten beratungsunterstützenden Tätigkeiten zu erfassen.<sup>11</sup>

Der Aufwandserhebung ging die Erarbeitung eines umfassenden Aufgabenkatalogs voraus, mit dem alle Tätigkeiten der Berater in drei Kategorien zusammengefasst wurden. Anschließend wurden die Berater um eine Aufwandsschätzung gebeten.

---

10 Vgl. Steiner, Michael et al. (2010): 2. Zwischenbericht der wissenschaftliche Begleitung des Modellverbundes nach § 65b SGB V - Unabhängige Patientenberatung in Deutschland. S. 61 ff.

11 Vgl. zu den Ergebnissen: BSL Public Sector Managementberatung GmbH (2010): Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH (UPD) – Arbeitszeitanalyse der Regionalen Beratungsstellen (RBS)“. Ergebnisbericht.

Tabelle 2-4: Aufgabenkatalog der Beraterinnen und Berater

<p><b>1. Fachaufgaben mit direktem und indirektem Bezug zu Ratsuchenden</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auftragsklärung</li> <li>• Strukturierung und Information <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kurzinformation</li> <li>○ Information</li> <li>○ Terminvereinbarung</li> <li>○ RBS-interne Abstimmung und Koordination</li> </ul> </li> <li>• Problemlösung und weitergehende Unterstützung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Beratung ohne Unterstützung</li> <li>○ Beratung mit Unterstützung</li> <li>○ Advocacy</li> <li>○ Recherche</li> <li>○ Fachlicher Austausch</li> <li>○ Dokumentation</li> </ul> </li> <li>• Kooperation und Vernetzung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ regional</li> <li>○ überregional</li> </ul> </li> <li>• Verbundkonferenzen</li> <li>• Qualitätsmanagement <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Qualitätszirkel</li> <li>○ regionale Arbeitsgemeinschaften zu sonstigen Themen</li> <li>○ RBS-internes Informations- und Wissensmanagement</li> <li>○ Qualifizierung, Fort- und Weiterbildung</li> </ul> </li> <li>• Individuelle Fortbildung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Allgemeine Wissenserweiterung</li> <li>○ formale Fortbildung</li> <li>○ Supervision und Teamentwicklung</li> </ul> </li> <li>• Organisationsentwicklung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ verbundintern</li> <li>○ trägerintern</li> </ul> </li> <li>• Koordinationsaufgaben, Ansprechpartner für die Bundesgeschäftsstelle</li> <li>• Regionale Presse- und Öffentlichkeitsarbeit</li> </ul>
<p><b>2. Organisation der regionalen Beratungsstelle</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalführung</li> <li>• Fachliche Anleitung und Aufsicht</li> <li>• Regelkommunikation <ul style="list-style-type: none"> <li>○ RBS-intern</li> <li>○ trägerintern</li> <li>○ mit der Bundesgeschäftsstelle</li> </ul> </li> <li>• Persönliche dienstliche Angelegenheiten</li> <li>• Personaleinsatz</li> <li>• Trägerbezogenes Qualitätsmanagement</li> </ul>
<p><b>3. Sonstige Aufgaben</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanz- und Haushaltswesen</li> <li>• Controlling</li> <li>• Systemadministration</li> <li>• Allgemeine Verwaltungsangelegenheiten</li> <li>• Personalangelegenheiten</li> <li>• Arbeitsbezogene Kontaktpflege</li> <li>• Nebentätigkeiten innerhalb der Arbeitszeit</li> <li>• Interne Mandate und Beauftragungen</li> </ul>

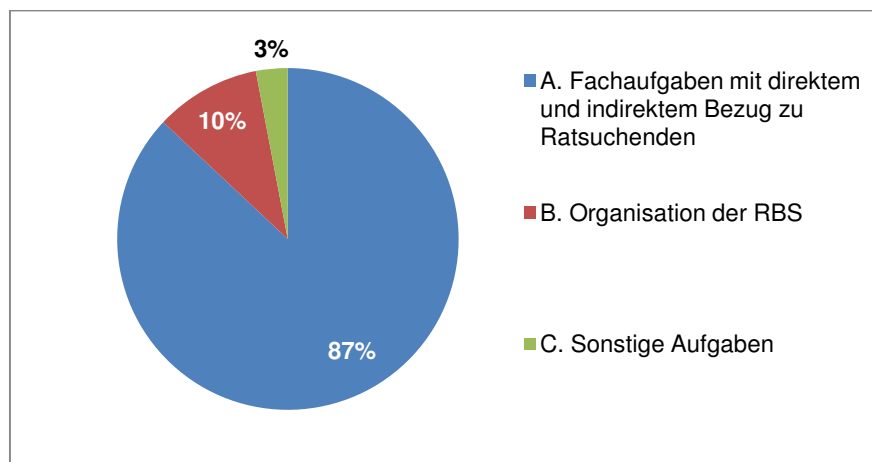
Quelle: BSL Managementberatung GmbH

Im Ergebnis bestätigte die Arbeitszeitanalyse die Größenordnung der auf Grundlage der Falldokumentation errechneten beratungsbezogenen Zeitverwendung. So ergab sich bezogen auf ein Arbeitszeitvolumen von 44,6 VZÄ<sup>12</sup> verbundweit ein unmittelbarer beratungsbezogener Anteil von 52,7 %. Dieser setzte sich nach der Arbeitszeitanalyse zusammen aus

- Auftragsklärung (3,63 VZÄ)
- Kurzinformation (1,5 VZÄ)
- Information (3,32 VZÄ)
- Beratung ohne Unterstützung (6,44 VZÄ)
- Beratung mit Unterstützung (2,70 VZÄ)
- Advocacy (0,4 VZÄ)
- Recherche (3,87 VZÄ)
- Terminvereinbarung (0,83 VZÄ)
- RBS-interne Abstimmung und Koordination (0,83 VZÄ)

Auf Grundlage der Systematik des Aufgabenkatalogs (vgl. Tabelle 2-4) verteilten sich die Arbeitskapazitäten wie folgt auf die drei Aufgabenblöcke:

*Abbildung 2-3: Aufgaben und Zeitanteile der Gesamtarbeitskapazität*



*Quelle: BSL Managementberatung GmbH; eigene Darstellung*

Die durchgeführte Arbeitszeitanalyse bestätigte auch die Schwankung in der Zeitverwendung zwischen den regionalen Beratungsstellen. Im Aufgabenblock A mit direktem und indirektem Bezug zu Ratsuchenden wichen die Werte um bis zu 15 Prozentpunkte voneinander ab. Dies war insbesondere auf Schwankun-

<sup>12</sup> Die Abweichung zum Gesamtarbeitsvolumen in Tabelle 2-3 ergibt sich daraus, dass sich zwei Beratungsstellen nicht an der Arbeitszeitanalyse beteiligt haben und zum Untersuchungszeitpunkt einzelne Beratungsstellen nicht besetzt waren.

gen in den Aufgabenbereichen Auftragsklärung sowie Problemlösung und weitergehende Unterstützung zurückzuführen.

Qualitative Analysen verdeutlichten zudem, dass die schlanke Struktur der regionalen Beratungsstellen eine besondere Herausforderung für die Arbeitsorganisation darstellte. Durch Abwesenheiten aufgrund von Fortbildungen und verbundinternen Qualifizierungsmaßnahmen, Personalwechsel, Urlaub oder Krankheit traten bei drei teilzeitbeschäftigten Mitarbeitern mit einem Gesamtstellenumfang von 2,1 bis 2,25 Vollzeitäquivalenten Probleme auf, ein lückenloses Beratungsangebot sowie den reibungslosen Ablauf des Geschäftsprozesses innerhalb der Beratungsstelle sicherzustellen.

### **Fazit: Notwendige Rahmenbedingungen für ein regionales, persönliches Beratungsangebot**

Als Fazit der Arbeitszeitanalyse ist festzustellen, dass zur Gewährleistung nutzerfreundlicher Öffnungszeiten, einer guten Erreichbarkeit während der Sprechzeiten sowie zur Sicherstellung des Beratungsbetriebs auch bei Urlaub, Krankheit, Fortbildung etc.

eine Mindestausstattung pro regionaler Beratungsstelle mit drei vollzeitäquivalenten Stellen wünschenswert ist. Weiterhin unterstreicht die Arbeitszeitanalyse, dass zur Sicherung einer verbundeinheitlichen Beratungsqualität und effizienten Ressourcennutzung die Arbeitsweisen in den Beratungsstellen basierend auf einem verbindlichen Beratungskonzept angeglichen werden müssen.

Das im Beratungskonzept enthaltene Profil der Kompetenzfelder, die festgelegten Kernbereiche sowie die notwendigen Abgrenzungen stellen eine verbindliche Grundlage für die regionale Beratung dar. Der Ausbau der medizinischen Kompetenz, belegt durch entsprechende berufsqualifizierende Hochschulabschlüsse auf ca. 25 % erscheint angemessen, um ausreichende medizinische Fachkompetenz zur Beantwortung krankheits- und indikationsbezogener Anfragen vorzuhalten.

## **2.4 Überregionale Angebote**

### **Zielsetzungen und Themen überregionaler Angebote**

Neben den 22 regionalen Beratungsstellen zur allgemeinen Beratung von Patienten wurde das Leistungsspektrum der UPD durch überregionale Beratungsangebote ergänzt. Hierdurch wurde gezielt

- fachliche Unterstützung, insbesondere bei häufigen, komplexen Fragestellungen eingebunden,
- die Kompetenz des Verbundes in spezifischen Themengebieten erweitert,

- die überregionale Wegweiserfunktion durch Weiterleitung von Anfragen unterstützt und
- eine effiziente Kompetenzbündelung innerhalb des Verbundes erreicht.

Die folgende Tabelle nennt die überregionalen Angebote samt ihrer Standorte, dem Zeitpunkt ihrer vertraglichen Anbindung an den Modellverbund sowie ihrer Trägerschaft.

*Tabelle 2-5: Überregionale Angebote der UPD*

Überregionales Angebot	Standort	Beginn der Kooperation	Trägerschaft
Zahnkompetenzstellen	Köln Heidelberg	01.08.2006 01.08.2006	Gesundheitsladen Köln e.V. AGZ-RNK
Arzneimittelberatung	Dresden	01.04.2006	Technische Universität Dresden
Essstörungen AB-Server	Leipzig	01.03.2006	DFE e.V., Uni Leipzig
Psychische Erkrankungen	Köln	01.08.2008	Gesundheitsladen Köln e.V.
Hilfsmittelversorgung	Berlin	01.06.2009	VdK Berlin-Brandenburg e.V.
Krebs/Krebsschmerz	Heidelberg	01.11.2007	DKFZ Heidelberg

### **Klassifizierung der überregionalen Angebote**

Das Leistungsspektrum der ÜRBA für den Modellverbund erstreckte sich von der Beratung von Patienten und / oder Beratern über die Bereitstellung von Informationsmaterialien bis hin zu spezifischen Gesundheitsbereichen sowie der Fort- und Weiterbildung für Berater in den jeweiligen Themengebieten.

In Abhängigkeit von der vertraglichen Anbindung wurden „UPD-Kompetenzstellen“ und „kooperative überregional agierende indikations- oder themenspezifische Beratungsangebote“ unterschieden.

- **Überregionale UPD-Kompetenzstellen:** Die UPD-Kompetenzstellen erhielten eine regelmäßige Förderung aus Mitteln des § 65 b SGB V und gehören dem Verbund auf Basis einer Bewilligungs- oder Kooperationsvereinbarung als überregionales themenspezifisches Angebot im engeren Sinne an. Im Rahmen der Zusammenarbeit sollten insbesondere themenspezifische Informationsmaterialien, eine Hintergrundberatung sowie themenspezifische Fortbildungsangebote für die Berater des Verbundes zur Verfügung gestellt werden.
- **Kooperative überregional agierende indikations- oder themenspezifische Beratungsangebote:** Bei diesen überregionalen Angeboten handelte es sich um Kooperationspartner, mit denen eine Zusammenarbeit auf der Basis verbindlicher Kooperationsvereinbarungen statt-

find. Die UPD gGmbH sollte durch die Kooperationspartnerschaften insbesondere fachliche Unterstützung im Bereich der themenspezifischen Kompetenzbereiche der Kooperationspartner erhalten.

Die folgende Tabelle ordnet den verschiedenen überregionalen Angeboten im Modellverbund die oben genannten Kriterien zu:

*Tabelle 2-6: Organisatorische Rahmenbedingungen der überregionalen Angebote*

Typisierung der ÜRBA	Kompetenzstellen	Überregionale kooperative Beratungsangebote
<b>Vertragliche Anbindung</b>	Bewilligungsvereinbarung	Kooperationsvereinbarung
<b>Finanzierung</b>	Regelmäßige Fördermittel aus § 65b SGB V	Leistungsbezogene Vergütung
<b>Finanzierung außerhalb UPD</b>	nicht gegeben	gesichert
<b>Patienten- / Hintergrundberatung</b>	beides	vorwiegend Hintergrund
<b>Zuordnung</b>	Arzneimittel (Dresden) Zahn (Heidelberg) Zahn (Köln) Psych. Erkrankungen (Köln) Essstörungen (Leipzig)	Krebsinformation (Heidelberg) Hilfsmittel (Berlin)

### Einbindung der überregionalen Angebote

Im zweiten Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung konnte eine positive Tendenz dokumentiert werden, was die Nutzungsintensität der überregionalen Angebote betrifft.<sup>13</sup> Auch in der Folgezeit konnte die interne Vernetzung der überregionalen Angebote durch deren Teilnahme an Verbundveranstaltungen wie Verbundkonferenzen, regionalen Qualitätszirkeln, sowie durch Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen stetig verbessert werden. Insbesondere die überregionalen Beratungsangebote zum Themenbereich Zahnkompetenz und Arzneimittelberatung haben ihr Leistungsangebot im Bereich des verbundinternen Wissenstransfers durch die Erarbeitung von Beratungs- und Patienteninformationen, die Konzeptionierung von Fortbildungsangeboten sowie die Bereitstellung monatlicher Newsletter zu wichtigen Beratungsthemen weiter ausgebaut.

In der folgenden Tabelle sind die zentralen Kennzahlen zum monatlichen Finanzierungs- und durchschnittlichen Leistungsvolumen der überregionalen Angebote zusammengetragen:

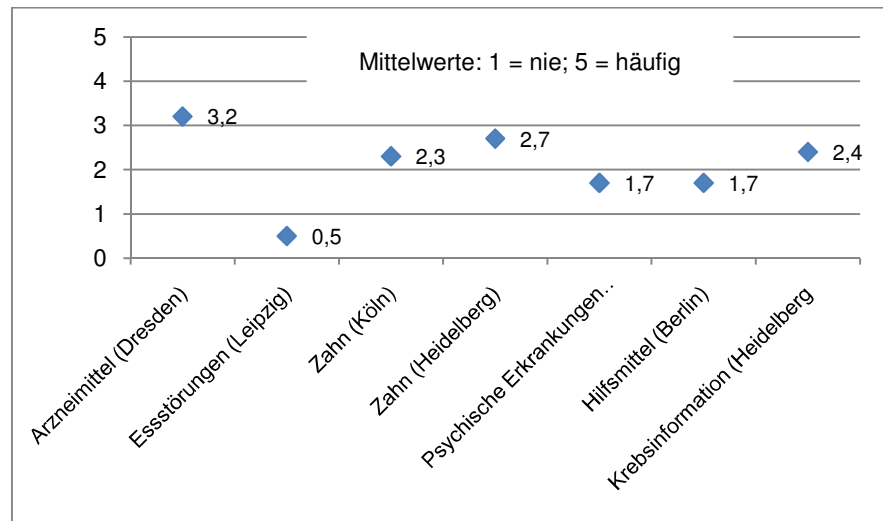
<sup>13</sup> Vgl. Steiner, Michael et al. (2010): 2. Zwischenbericht der wissenschaftliche Begleitung des Modellverbundes nach § 65b SGB V - Unabhängige Patientenberatung in Deutschland. S. 28 ff.

Tabelle 2-7: Finanzierungs- und Leistungsvolumen überregionaler Angebote (2009)

Kompetenzstellen / kooperative Angebote	Finanzierung 2009	Monatliches Beratungsaufkommen 2009	Weitere Leistungen innerhalb der UPD
<b>Arzneimittel (Dresden)</b>	99.008 €	Hintergrundberatung: 48 Patientenverweise: 40	Patienten- und Hintergrundberatung, Fort- und Weiterbildung, Wissensdokumente, Monatlicher Newsletter
<b>Zahn (Heidelberg)</b>	40.269 €	Hintergrundberatung: 15 Patientenverweise: 43	Patienten- und Hintergrundberatung, Fort- und Weiterbildung, Aufbereitung von Informationen für Berater und Patienten, Wissensdokumente
<b>Zahn (Köln)</b>	51.455 €	Hintergrundberatung: 15 Patientenverweise: 23	Patienten- und Hintergrundberatung, vereinzelt Fort- und Weiterbildung und Wissensdokumente
<b>Psychische Erkrankungen (Köln)</b>	52.320 €	Hintergrundberatung: 8 Patientenverweise: 3	Hintergrundberatung (in Einzelfällen Patientenberatung), Fort- und Weiterbildung, Kooperationen, Informationsmaterial
<b>Esstörungen (Leipzig)</b>	190.341 €	./.	Ausschließlich Online-Beratung; Beratung der BuGS zum Thema Online-Beratung inkl. Schulungsangeboten und Erstellung eines Handbuchs
<b>KID (Heidelberg)</b>	11.900 €	Hintergrundberatung: 8 Patientenverweise: 17	Patienten- und Hintergrundberatung über das „rote Telefon“ Wissensdokumente
<b>Hilfsmittel (Berlin)</b>	5.800 €	Hintergrundberatung: 18	Ausschließlich Hintergrundberatung (telefonisch, E-Mail)

Dennoch, das zeigten sowohl die Dokumentation von Patienten- und Hintergrundberatungen der überregionalen Angebote als auch Kennzahlen der Monitoringabfrage 2010, variierte die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Angeboten bei Beratungsfällen, die deren Themenfelder berührten, deutlich. Vergleichsweise häufig wurde nach der Selbsteinschätzung der Berater bei entsprechenden Anfragen mit der Arzneimittelberatung Dresden, den zahnmedizinischen Kompetenzstellen und dem Krebsinformationsdienst in Heidelberg zusammengearbeitet. Deutlich seltener war das bei der Hilfsmittelberatung und den psychischen Erkrankungen der Fall.

Abbildung 2-4: Häufigkeit der Zusammenarbeit mit den ÜRBA; Selbsteinschätzung der Berater



Quelle: Prognos; Monitoring 2010

### Fazit: Gezielte Kompetenzerweiterung durch überregionale Bündelung oder Kooperation

Insgesamt, das zeigen die vorliegenden Untersuchungen, war der von der UPD gGmbH beschrittene Weg der Einbindung externer Know-hows zu ausgewählten Fachthemen sinnvoll und auch notwendig, um ein thematisch breit aufgestelltes, qualitativ gutes und einheitliches Beratungsangebot zu entwickeln. Zukünftig sind hierfür die Auswahlkriterien für die Themenfelder zu schärfen sowie die Rolle der externen Stellen innerhalb des Verbundes sowie die Form der Zusammenarbeit zu klären. Prioritäres Auswahlkriterium sollte der feststellbare Unterstützungs- und Ergänzungsbedarf der Beraterinnen und Berater sein. Hier helfen Bedarfsabfragen weiter, die im Rahmen regelmäßiger Monitorings erfolgen können.

Darüber hinaus lässt sich aus der themenbezogenen Beratungsdokumentation ersehen, dass zahlreiche Anfragen die Bereiche Zahngesundheit, Arzneimittel- und Hilfsmittel betreffen. In diesen Bereichen ist ein detailliertes Fachwissen erforderlich, um spezifische Anfragen beantworten zu können, das nicht in jeder regionalen Beratungsstelle vorgehalten werden kann und sollte. Hier zahlen sich die überregionalen Angebote aus, weil sie eine gute Ergänzung zur Erstberatung in den regionalen Beratungsstellen darstellen. Grundsätzlich ist es aber wichtig, dass derartige Angebote beim Zuschnitt der Kompetenzfelder der UPD berücksichtigt und durch klare Verweisregelungen in die Beratung der regionalen Stellen integriert werden. Im Sinne einer einheitlichen Beratungsqualität sollten für Themen, die mit überregionalen Angeboten besetzt sind, auf regionaler Ebene keine spezifischen Fachkenntnisse aufgebaut oder durch zusätzliche Honorarkräfte finanziert werden.

Unabhängig vom dokumentierten Beratungsaufkommen sind weitere Themenfelder von hoher gesundheits- bzw. gesellschaftspolitischer Relevanz für die unabhängige Patientenberatung. Hierzu gehören beispielsweise die Beratung rund um das Thema Krebserkrankung sowie sensible Beratungsfelder im Bereich der psychischen Erkrankungen, potenziell aber auch der Bereich der neuen Versorgungsformen. Externe Kooperationen können den Kompetenzbereich der UPD in diesen Bereichen gezielt erweitern bzw. vertiefen.

Die gewählten Kooperationspartner sollten in der Lage sein, neben der Patientenberatung einen Mehrwert für die Strukturentwicklung des Beratungsverbundes zu leisten. Hierzu gehört neben der Hintergrundberatung für die Beraterinnen und Berater vor allem die Aufbereitung und Zurverfügungstellung von relevanten Fachinformationen und die Umsetzung von Schulungen. Darüber hinaus sollten die externen Partner als Teil des Verbundes sichtbar sein und damit als Multiplikatoren der UPD fungieren.

Die Frage der Kooperationsform entscheidet sich danach, ob die externen Partner bereits über eine gesicherte Finanzierung verfügen, so dass die Zusammenarbeit durch eine verbindliche Vereinbarung und ggf. auf Honorarbasis erfolgen kann, oder ob ein exklusives Angebot für die unabhängige Patientenberatung geschaffen bzw. erhalten werden muss, wenn sonstige Finanzierungen fehlen oder auslaufen. Prinzipiell ist der ersten Variante der Vorzug zu geben, um keine Doppelstrukturen aufzubauen.

Sollten keine geeigneten externen Kooperationspartner existieren, ist als weitere Variante die verbundinterne Kompetenzbündelung zu bestimmten medizinischen, rechtlichen oder psychosozialen Fragen ein effizienter Weg, um ein Zusatzangebot im Verbund zu erhalten. Diese internen Stellen können entweder zentral organisiert sein (in der Vergangenheit bspw. 2 Personen in Witten, die sich auf die Beratung in Fragen der neuen Versorgungsformen konzentrieren und verbundweite Materialien bzw. Schulungen zur Verfügung stellen) oder dezentral im Sinne von verbindlichen Ansprechpartnern im Verbund zu ausgewählten Fragen.

Der Verweis von Ratsuchenden an kompetente Institutionen, die anderweitig finanziert werden und auch deren fallweise Nutzung als Hintergrundberatung für die UPD-Berater sollte schließlich unabhängig von spezifischen Kooperationsvereinbarungen selbstverständlich sein.

### 3 Niederschwellige Erreichbarkeit – Bekanntheit und Inanspruchnahme der Beratungs- und Informationsangebote

**Anforderungen an eine Unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung:**

*Die Information und Beratung in den regionalen Beratungsstellen erfolgt persönlich in Form von öffentlichen Sprechstunden, persönlich-telefonisch, postalisch und per E-Mail. Neben den persönlichen, telefonischen, postalischen und internetbasierten Informations- und Beratungsangeboten erweist sich der Zugang zur unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung über ein kostenfreies, bundesweit einheitlich anzuwählendes zentrales Beratungstelefon als zentral.*

*Die persönliche und telefonische Erreichbarkeit der Beratungsstellen benötigt ein abgestimmtes Konzept der unterschiedlichen Beratungsformen auf regionaler Ebene unter Einbeziehung des bundesweiten Beratungstelefons und eines umfangreichen, internetbasierten Informations- und Beratungsangebots. Ein thematisch strukturiertes und umfassendes Informationsangebot, das im Vorfeld oder im Nachgang einer Beratung per Internet zur Verfügung gestellt wird, sowie eine Online-Beratungsmöglichkeit per E-Mail sind eigenständige Gestaltungsbereiche. Neben den Inhalten der unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung müssen auch Informationen über andere Anbieter qualitativ hochwertiger Beratungs- und Informationsleistungen zur Verfügung gestellt werden.*

*Die Öffentlichkeitsarbeit der UPD muss dazu beitragen, die unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung bekannt zu machen und ihr einheitliches Markenbild zu verfestigen.*

#### 3.1 Fallzahlentwicklung und Zugänge zur Beratung

Die Anzahl der im Jahr 2010 erfassten Beratungen betrug 76.233 Fälle. Damit war gegenüber dem Vorjahr ein Minus von knapp 4.000 Fällen zu verzeichnen. Das monatliche Beratungsaufkommen lag 2010 dementsprechend bei 6.353 Fällen gegenüber 6.687 Fällen im Jahr 2009, 4.320 Fällen in 2008 und 3.744 Fällen in 2007.

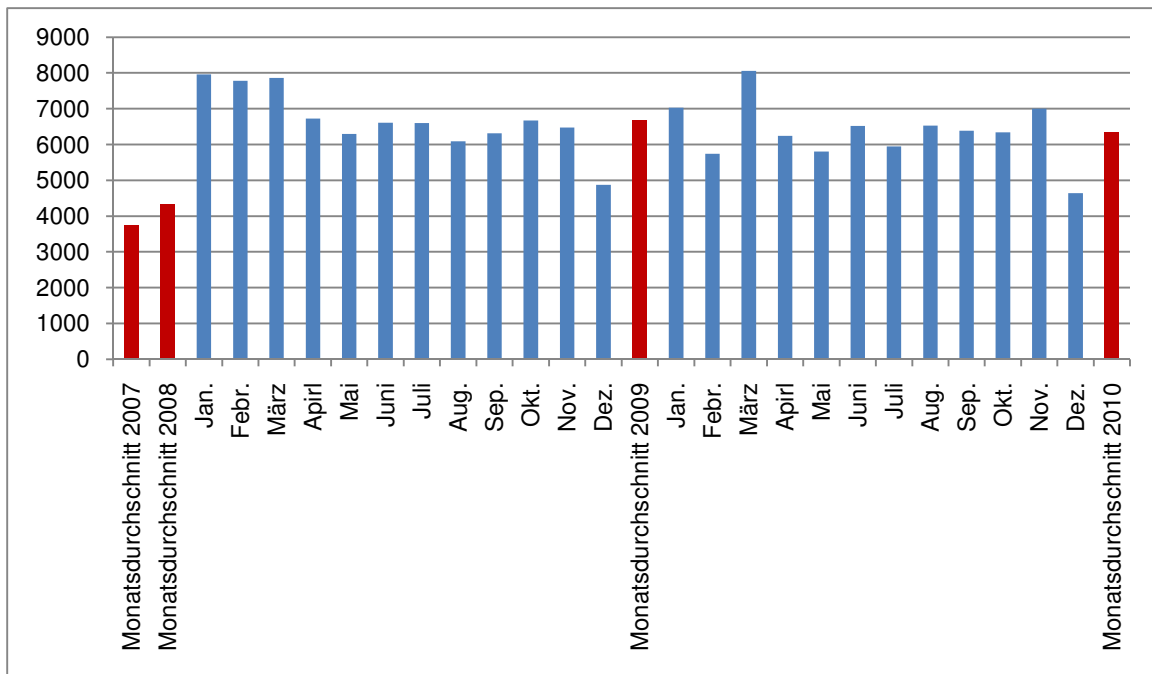
Die im Zwischenbericht dokumentierte positive Fallzahlenentwicklung zwischen 2007 und 2009 konnte somit im letzten Jahr des Modellverbundes nicht weiter ausgebaut werden. Zwar konnte der Niveauanstieg, der im ersten Quartal 2009 durch die medienwirksam begleitete Umstellung des zahlungspflichtigen bundesweiten Beratungstelefons auf ein kostenfreies Angebot erfolgte, weitgehend gehalten werden. Ein weiterer Anstieg der Beratungsfallzahlen blieb jedoch aus.

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang darauf, dass sich die durchschnittliche Dauer der Beratungen im letzten Jahr der Modellprojektlaufzeit gegenüber dem Vorjahr verlängert hat. Wurde im zweiten Zwischenbericht für das erste Halbjahr 2009 eine durchschnittliche Beratungsdauer inklusive Vor- und Nachberei-

tion von 23,7 Minuten dokumentiert, lag dieser Wert im ersten Halbjahr 2010 mit 27,7 Minuten um vier Minuten höher. Vergleicht man die reine Beratungszeit ohne fallbezogene Vor- und Nachbereitungszeit, so ist der Wert von durchschnittlich 17,2 auf nur 18,5 Minuten angestiegen. Der Hauptfaktor, der zur Verlängerung der durchschnittlich dokumentierten Beratungsdauer geführt hat, ist demnach die intensivere Vor- und Nachbereitung der Fälle.

Im Ergebnis führte die längere Beratungsdauer bei stagnierender Fallzahl zu einer höheren zeitlichen Auslastung der Berater mit unmittelbaren beratungsbezogenen Aufgaben. Dies drückt sich auch in den Ergebnissen der 2010 durchgeführten Arbeitszeitanalyse aus (vgl. Kapitel 2.3).

Abbildung 3-1: UPD Beratungsfälle pro Monat



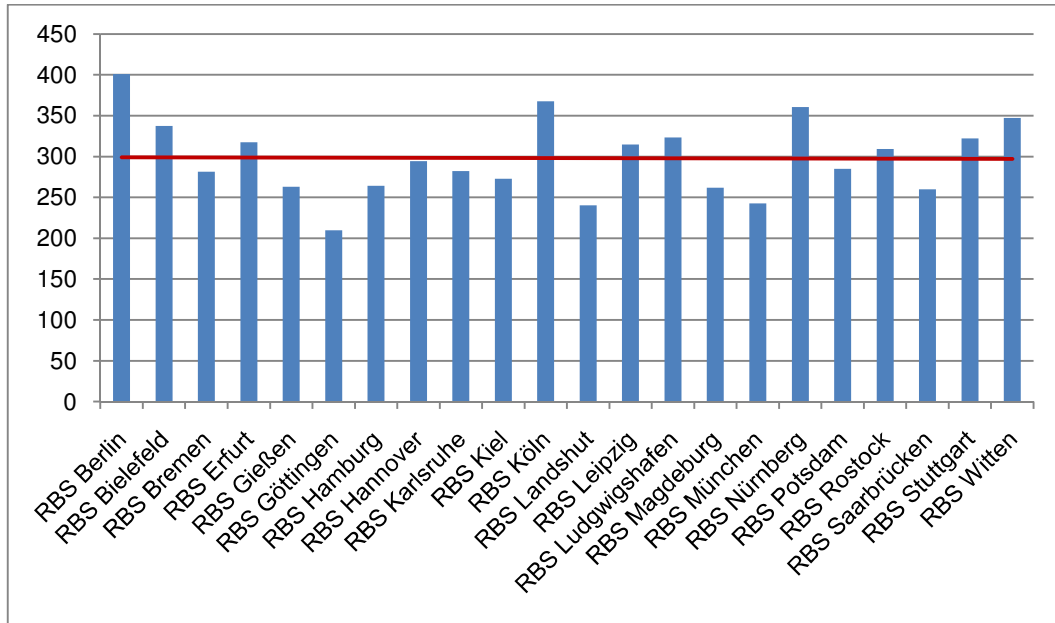
Quelle: UPD-Beratungsdokumentation, Stand Januar 2011

Die Auswertung der Beratungsdokumentation zeigte sowohl in den Monatsverläufen als auch im Vergleich der regionalen Beratungsstellen deutliche Unterschiede in den Fallzahlen. Darauf wurde bereits im Zwischenbericht auf der Grundlage der Fallauswertung für das erste Halbjahr 2009 hingewiesen.<sup>14</sup> Trotz des in der Folgezeit neu installierten Routingsystems, mit dem freie Beratungskapazitäten flexibler für das bundesweite Beratungstelefon genutzt werden konnten, näherten sich die Beratungsfallzahlen nicht an. Dies wird aufgrund der Fallauswertung für das erste Halbjahr 2010 deutlich. Im Durchschnitt aller Beratungsstel-

14 Vgl. Steiner, Michael et al. (2010): 2. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellverbundes nach § 65b SGB V - Unabhängige Patientenberatung in Deutschland. S. 62.

len wurden 298 Fälle pro Monat dokumentiert, der Höchstwert lag bei 401, der niedrigste Wert bei 210 Fällen.

Abbildung 3-2: Monatsdurchschnittliche Fallzahlen der regionalen Beratungsstellen vom 1.1. bis 30.6.2010

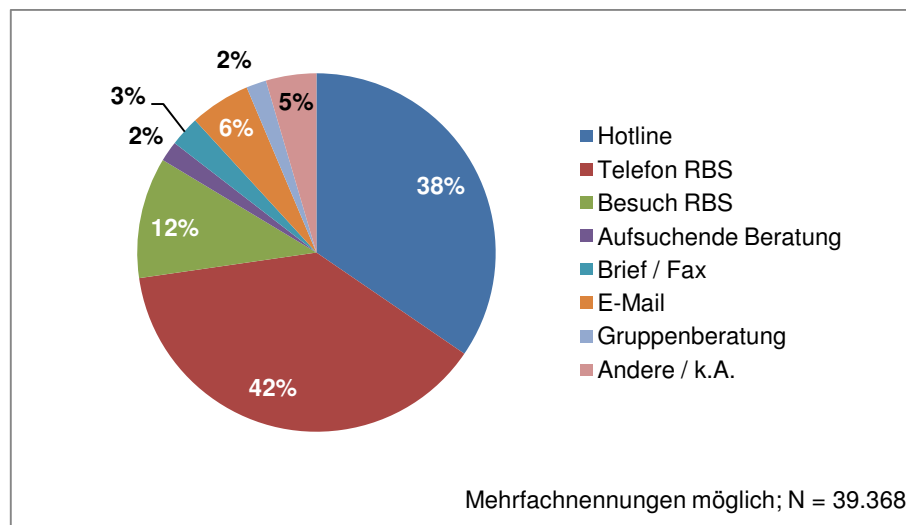


Quelle: UPD-Beratungsdokumentation, Stand Januar 2011

### Beratungsformen und Zugangsqualität aus Sicht der Ratsuchenden

Eine differenzierte Auswertung der Beratungsformen liegt auf Basis der dokumentierten Beratungsfälle des ersten Halbjahres 2010 vor. Danach lässt sich folgende Verteilung darstellen: 80 % aller Beratungen wurden telefonisch durchgeführt, weitere 12 % im Rahmen eines persönlichen Gesprächs in den Räumen der Beratungsstellen.

Abbildung 3-3: Anteil der Beratungsformen am Beratungsaufkommen (vom 1.1. bis 30.6.2010)



Quelle: UPD-Beratungsdokumentation, Stand April 2010

Ergänzend zeigten die Ergebnisse der zweiten Nutzerbefragung, dass der persönliche Besuch in der Beratungsstelle für Ältere (ab 60 Jahren) sowie für Menschen mit Migrationshintergrund von überdurchschnittlicher Bedeutung war. Dies mag mit bestehenden Präferenzen und Gewohnheiten oder größeren zeitlichen Kapazitäten im Zusammenhang stehen oder auch damit, dass im persönlichen Gespräch mit als kompliziert empfundenen Sachverhalten bzw. fehlenden Sprachkenntnissen besser umgegangen werden kann, als am Telefon.

Was die Erreichbarkeit einer Beratungsstelle betrifft, zeigte die letzte Nutzerbefragung, dass über 40 % der Ratsuchenden zukünftig auf jeden Fall wieder eine telefonische Beratung wählen würden. Ein weiteres Viertel könnte sich vorstellen, zukünftig eine Beratungsstelle aufzusuchen und würde dafür eine maximale Pkw-Fahrtzeit von 30 Minuten in Kauf nehmen. Etwas mehr als ein Viertel würde bis zu einer Stunde Fahrtzeit in Kauf nehmen. Längere Fahrtzeiten sind hingegen die Ausnahme, die wiederum besonders häufig bei Älteren und Menschen mit Migrationshintergrund vorkommt.

Die bevölkerungsrepräsentative Befragung von Nichtnutzern der UPD aus dem Jahr 2009 zeigt, dass ein ideales Beratungssetting die Möglichkeit eines kostenlosen Vier-Augen-Gesprächs durch eine unabhängige Person des Vertrauens bieten sollte. Diese in der Befragung geäußerte Präferenz deckt sich allerdings nicht mit der tatsächlichen Nutzung des Beratungsangebots der UPD. Die Beratungstätigkeit der UPD zeichnete sich dadurch aus, dass 75 % aller Beratungen telefonisch über die Hotline bzw. die Telefone der Beratungsstellen abgewickelt wurden. Vor diesem Hintergrund ist in der Zusammenfassung der Befragung festgehalten, dass "(...) sich der Wunsch nach einem Vier-Augen Gespräch als ein Qualitätsmerkmal dar(stellt), das insbesondere dann zum Tragen kommt, wenn Beratungsstellen in Reichweite liegen bzw. sich Anliegen nicht erschöpfend am Telefon klären lassen."<sup>15</sup>

### **Fazit: Moderates Wachstum in qualitätsgesicherten Strukturen**

Die gegenwärtige finanzielle Ausstattung der UPD mit rund 5 Mio. Euro p.a. ist das Ergebnis eines politischen Aushandlungsprozesses. Im Rahmen der letzten Förderphase der modellhaften Erprobung konnte gezeigt werden, dass mit diesem Budget ein prinzipiell zielführendes Angebot finanziert werden kann. Eine empirische Grundlage im Sinne einer objektiven Bedarfsforschung liegt nach wie vor nicht vor. Die Entwicklung im letzten Jahr der fünfjährigen Erprobungszeit zeigt aber, dass es keine Anhaltspunkte für eine erhebliche Mittelaufstockung gibt. Die Schlussfolgerung des zweiten Zwischenberichts der wissen-

---

15 Ifd Allensbach / Prognos AG (2009): Wissenschaftliche Begleitung des Modellverbundes nach § 65 b SGB V - Ergebnisse der erweiterten Nicht-Nutzer Befragung, S. 26 f.

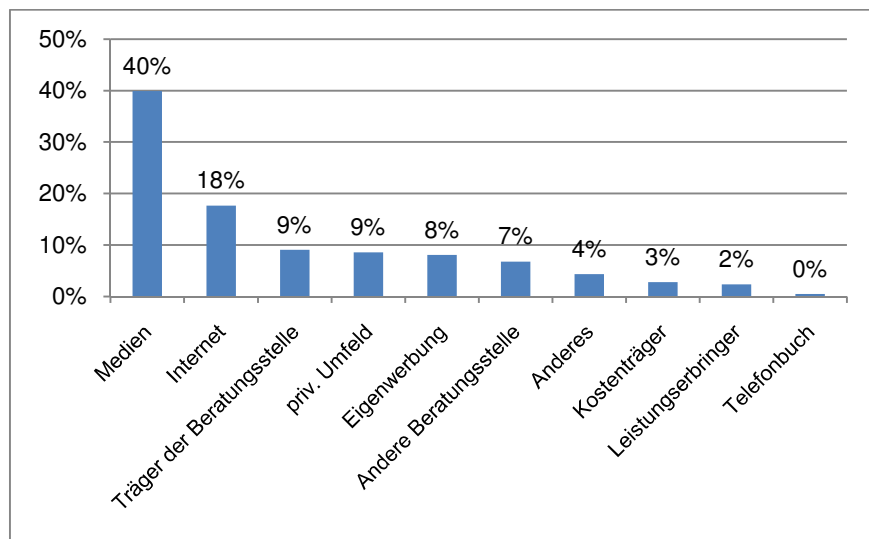
schaftlichen Begleitung, „[...] dass die bisher erprobte Kombination aus bundesweitem Beratungstelefon und E-Mail Beratung mit regionaler telefonischer und persönlicher Erreichbarkeit der Beratungseinrichtungen grundsätzlich der tatsächlichen Nachfrage an den Standorten gerecht wird“ kann somit bestehen bleiben.<sup>16</sup> Perspektiven für eine Ausweitung der Angebote ergeben sich – auch darauf wurde im Zwischenbericht hingewiesen – durch die Aufstockung der Kapazitäten des bundesweiten Beratungstelefons und den Ausbau internetgestützter Informations- und Beratungsangebote.

### 3.2 Öffentlichkeitsarbeit und Markenbildung

#### Kenntnisnahme von der UPD

Der überwiegende Teil der Ratsuchenden erlangte über die klassischen Medien (Zeitung, Radio, Fernsehen) Kenntnis von der UPD. Das geht aus der elektronischen Falldokumentation hervor, wonach im Jahr 2010 40 % aller Anfragenden Medieninformationen nachgegangen sind.

Abbildung 3-4: Kenntnisnahme von der UPD



Quelle: UPD-Beratungsdokumentation, Stand Januar 2011

#### Ebenen und Instrumente

Der Öffentlichkeitsarbeit kam somit in der Vergangenheit eine zentrale Bedeutung zu, um das Angebot der UPD bekannt zu machen. Sie erfolgte in Zusammenarbeit der Bundesgeschäftsstelle mit den regionalen Beratungsstellen bzw. ihrer Träger. Dabei war das Referat Information und Kommunikation in der Bundesgeschäftsstelle zuständig für

<sup>16</sup> Vgl. Steiner, Michael et al. (2010): 2. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellverbundes nach § 65b SGB V - Unabhängige Patientenberatung in Deutschland. S. 76.

- die Organisation verbundinterner Arbeitskreise zur Öffentlichkeitsarbeit,
- die Erstellung und Weiterentwicklung des Internetangebotes,
- die Entwicklung eines einheitlichen visuellen Erscheinungsbildes der UPD,
- die Herstellung von inhaltlichem Informationsmaterial,
- Anzeigen, Pressekonferenzen, Events und PR-Kampagnen,
- regelmäßige Pressemeldungen etc..

Die Träger der regionalen Beratungsstellen waren im Rahmen ihrer vertraglichen Vereinbarung mit der UPD verpflichtet, durch ihre eigenen Medien sowie ihr politisches Gewicht in den Regionen zur Verbesserung der Bekanntheit und Erreichbarkeit der UPD beizutragen und die Aktivitäten der Berater in den Regionen zu unterstützen.

Zum Zeitpunkt des zweiten Zwischenberichts konnten Hinweise gegeben werden, um die verbundweite Öffentlichkeitsarbeit effizienter zu gestalten.<sup>17</sup> Im Mittelpunkt stand die Intensivierung des Erfahrungsaustauschs und die Herstellung von Transparenz über Aktivitäten auf den verschiedenen Ebenen des Verbundes sowie eine umfassendere zentrale Unterstützung durch die Bundesgeschäftsstelle.

Diese Befunde haben auch zum Ende der Modellphase Bestand. So zeigten die Einschätzungen der Berater im Monitoring 2010, dass nach wie vor ein intensiverer Austausch zum Thema sowie eine stärkere Steuerung der Öffentlichkeitsarbeit durch die Bundesgeschäftsstelle zum weiteren Ausbau des Bekanntheitsgrades der UPD gGmbH gewünscht wird. Hilfreich gewesen wäre nach Ansicht der Beratungsstellen auch eine stärkere Entlastung durch die Bundesgeschäftsstelle z.B. indem fortlaufend aktuelle Pressemitteilungen, Kontaktadressen, Fotodatenbanken, Demomaterial für Informationsveranstaltungen etc. zur Verfügung gestellt werden. Weiterhin wurde ähnlich wie bei der Recherche zu fachlichen Themen auch für die Öffentlichkeitsarbeit ein „Werkzeugkoffer“ mit Hilfen für die Praxis empfohlen. Entsprechend den Empfehlungen zum Kooperations- und Netzwerkmanagement wurde schließlich auch hier angeregt, ein festes Zeitkontingent für die Öffentlichkeitsarbeit in den Beratungsstellen zu definieren.

---

<sup>17</sup> Vgl. Steiner, Michael et al. (2010): 2. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellverbundes nach § 65b SGB V - Unabhängige Patientenberatung in Deutschland. S. 47.

### **Fazit: Umsetzung einheitlicher Qualitätsstandards auch in der Öffentlichkeitsarbeit**

Auch wenn die Träger in der Modellphase über ihre Trägermedien und -ressourcen z.T. eine schnellere regionale Bekanntheit und Zielgruppenerreichung unterstützten, ging ihr Engagement immer mit einem Eigeninteresse an öffentlicher Wahrnehmung und Profilbildung einher. Dies erschwert die notwendige eigenständige Markenbildung für eine unabhängige Patientenberatung.

Grundsätzlich muss eindeutig sichtbar sein, dass die beim Träger angestellten Berater der UPD sich immer im Namen der UPD äußern und ihren Qualitätsstandards verpflichtet sind. Im Ergebnis der Kommunikations- und Öffentlichkeitsarbeit ist ein einheitlicheres Auftreten im Verbund – so, wie es im Kommunikationskonzept der Bundesgeschäftsstelle vorgesehen ist - notwendig, denn die Umsetzung des Förderauftrags der UPD impliziert u.a. auch die Etablierung einer eigenständigen Marke für Informations- und Beratungsleistungen in Gesundheitsfragen. Ähnlich wie in anderen Bereichen der Qualitätsentwicklung bietet es sich daher an, das Audit-Handbuch der Qualitätszirkel um den Aspekt der regionalen Öffentlichkeitsarbeit zu ergänzen.

## **3.3 Internet als Leitmedium für Patienteninformation**

### **Internet als Informationsmedium und Zugangsweg zur UPD**

Entsprechend den sich wandelnden Informationsgewohnheiten in der Bevölkerung stellt sich die stärkere Nutzung des Internets als eine große Chance für die Zielgruppenerreichung der UPD dar. Ein thematisch strukturiertes und umfassendes Informationsangebot, das im Vorfeld oder im Nachgang einer Beratung per Internet zur Verfügung gestellt wird, sowie eine qualitätsgesicherte Online-Beratungsmöglichkeit sollten als eigenständige und strategisch wichtige Gestaltungsbereiche im Rahmen des Modellvorhabens weiterentwickelt werden. Diese Einschätzung basiert u.a. auf den Ergebnissen der im Januar 2009 durchgeführten bundesweiten Bevölkerungsbefragung. Sie zeigte, dass sich gut ein Drittel aller Ratsuchenden bei ihrem letzten gesundheitsbezogenen Anliegen u.a. im Internet informiert hat.<sup>18</sup>

Von den Ratsuchenden der UPD haben sich lt. Nutzerbefragung 2010 vor der Inanspruchnahme bereits 17 % im Internet zu ihrem Anliegen informiert. Damit war auch hier das Internet nach den Ärzten und Krankenkassen die dritthäufigste Informations- und Beratungsquelle.

Die Beratungsdokumentation der UPD weist für das erste Halbjahr 2010 einen Anteil von 16 % aller Ratsuchenden aus, die über

---

<sup>18</sup> Vgl. IfD Allensbach / Prognos (2009): Wissenschaftliche Begleitung des Modellverbundes nach § 65 b SGB V- Ergebnisse der erweiterten Nicht-Nutzer Befragung.

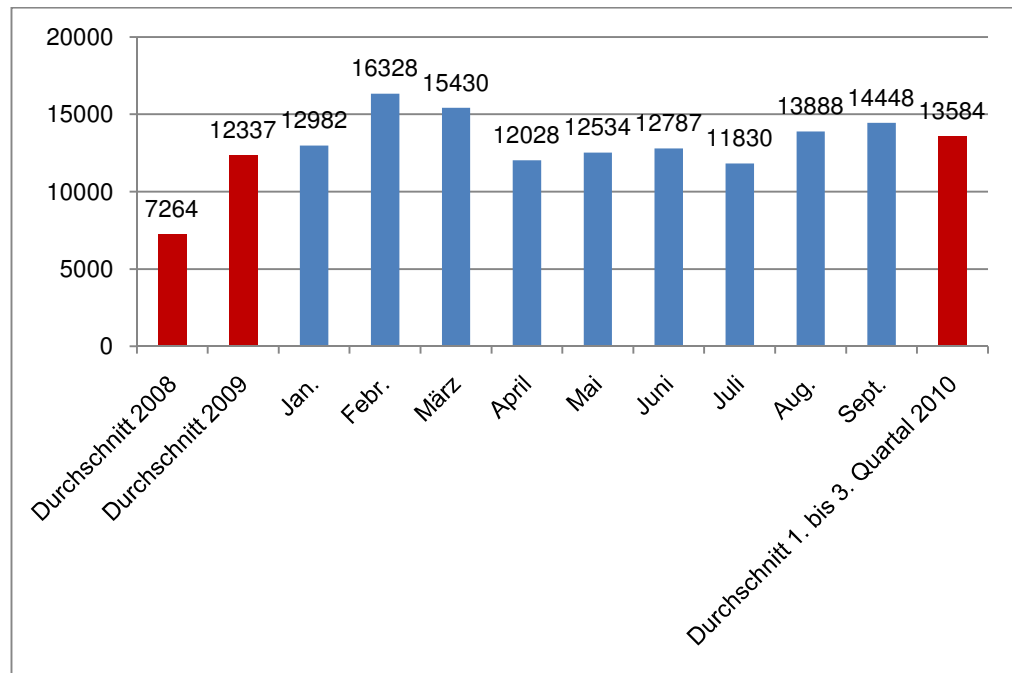
das Internet Kenntnis von der UPD erlangt haben. Auswertungen aus den Jahren 2007, 2008 und 2009 weisen einen Anteil von 9, 11 bzw. 13 % aus, so dass hier eine moderate Entwicklung nachgewiesen werden kann. Die Beantwortung von Anfragen per E-Mail erfolgt in rund 6 % aller Beratungsfälle.

### **Nutzungsdaten von [www.upd-online.de](http://www.upd-online.de)**

Der Internetauftritt der UPD wurde im Juli 2009 über die reine Angebotsinformation hinaus erweitert: Neben der Einstellung von Patienteninformationen zu häufig nachgefragten Themen diente eine Auswahl an Navigationshinweisen und Verlinkungen zu Leistungserbringer- und Kostenträger-Suchportalen der Patientenorientierung. Darüber hinaus bot die UPD im letzten Jahr der Modellphase die Möglichkeit, einen Newsletter zu abonnieren und eine Online-Beratung zu nutzen. Maßnahmen wie der Fall des Monats oder regelmäßige Experten-Chats führten zudem zu onsite-Aktivitäten und damit zu einer besseren Wahrnehmbarkeit der Seiten durch Internet-Suchmaschinen. Schließlich verfügen mittlerweile auch einige Beratungsstellen über eigene Webseiten und tragen damit zu einer Verbesserung des Online-Angebots im UPD-Modellverbund bei.

Während im Jahr 2008 die monatsdurchschnittlichen Nutzungszahlen bei 7.264 Besucher lagen, hatte sich die Nutzung im Jahr 2009 um 70 % auf monatlich 12.337 Besucher erhöht. Diese positive Entwicklung, die parallel zur Einführung des kostenfreien bundesweiten Beratungstelefons Anfang 2009 einsetzte, konnte im letzten Jahr der Modellphase jedoch nicht fortgesetzt werden. Die Zugriffszahlen lagen 2010 (Januar bis September) bei durchschnittlich 13.584 unterschiedlichen Besuchern pro Monat.

Abbildung 3-5: Anzahl unterschiedlicher Besucher auf [www.upd-online.de](http://www.upd-online.de) von Jan. bis Sept. 2010



Quelle: Google-Statistics, Stand Sept. 2010

### Fazit: Internet als Leitmedium ausbauen

Der weitere Ausbau des Internetangebots der UPD ist eine zentrale Herausforderung für den Regelbetrieb. Ein entsprechendes Entwicklungskonzept sollte neben den Angebotsinformationen auch

1. Informations- und Wissensvermittlung zu gesundheitlichen Themen,
2. handlungsorientierte Leitfäden und Entscheidungshilfen für Ratsuchende,
3. Verweise bzw. direkte Verlinkung zu qualitätsgesicherten Portalen, Suchmaschinen, Verzeichnissen etc. unter dem Label „Patientenlotsen“,
4. Anfragemöglichkeiten und Online-Beratung,
5. Feedbackmöglichkeiten sowie
6. interaktive Elemente, Foren, Chats

berücksichtigen. Eine zunehmende Wichtigkeit kann auch die Unterstützung bei medizinischen Entscheidungen durch sogenannte

Decision Aids bekommen<sup>19</sup>. Deren Verbreitung oder Einbindung insbesondere über das Internet könnte ein Aufgabenfeld für die UPDs sein. Maßgeblich bei all diesen Optionen ist wiederum, dass auch über das Internet qualitätsgesicherte und bei medizinischen Fragestellungen evidenzbasierte Informationen und Entscheidungshilfen zur Verfügung gestellt werden.

---

<sup>19</sup> Entscheidungshilfen (Decision Aids, DAs) werden entwickelt, um Menschen die vor einer gesundheits- oder krankheitsbezogenen Entscheidung stehen, beim Abwägen der persönlichen Entscheidungsmöglichkeiten zu helfen. Sie können z.B. als Broschüren, Arbeitsbögen, Videos, Computerprogramme oder Entscheidungstafeln (Decision Boards) realisiert werden. Vgl. z.B.: Kasper, Jürgen; Lenz, Matthias (2005) in ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes. (2005) 99; 359–365.

## 4 Lotse im Gesundheitssystem – unabhängige Patientenberatung und ihr Umfeld

### **Anforderungen an eine Unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung:**

*Ein Erfolgsfaktor einer neutralen und unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung besteht im Aufbau und der Pflege eines Kooperationsnetzwerks zu anderen unabhängigen, aber auch interessengebundenen Partnern im Gesundheitssystem, soweit diese qualitätsgesicherte Informationen und Beratung anbieten oder eine fachliche Zuständigkeit für die Anliegen der Ratsuchenden haben. Die Netzwerkarbeit soll auf Bundesebene und ganz gezielt auch auf regionaler Ebene stattfinden, damit Ratsuchende mit ihren Anliegen hier an kompetente bzw. zuständige Institutionen und ggf. auch an konkrete Ansprechpersonen verwiesen werden können. Auch umgekehrt gilt, dass Kooperationspartner im Gesundheitssystem den Auftrag und die Leistungen der unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung kennen müssen, um ihrerseits hierhin verweisen zu können.*

*Sowohl auf Bundes- als auch auf regionaler Ebene kooperiert die neutrale und unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung mit Kostenträgern, Leistungserbringern, fachlich relevanten Instituten, Anbietern von Beratung und Information, der Selbsthilfe, Vertretern der Politik, gesundheitspolitischen Verbänden, Gremien und Bündnissen, Wohlfahrtsverbänden etc. Die Mitarbeiter in den regionalen Beratungsstellen und der zentralen Steuerungseinheit müssen über fundierte Kenntnisse der Strukturen und Akteure im Gesundheitssystem verfügen. Ihre Bereitschaft und Kompetenz, mit anderen qualifizierten Anbietern und Akteuren zusammenzuarbeiten und an diese in geeigneten Fällen auch zu verweisen, sind unverzichtbar, um Synergieeffekte zu nutzen und Doppelstrukturen zu vermeiden.*

### **4.1 Nutzer der UPD, ihre Beratungsanlässe, Vorkenntnisse und -erfahrungen**

Das Profil der Nutzerinnen und Nutzer der UPD kann auf der Grundlage der elektronischen Falldokumentationen beschrieben werden. Entsprechende Auswertungen sind im Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung dokumentiert und erwiesen sich im Verlauf der Modellprojektphase als sehr konstant.<sup>20</sup>

Um weitergehende Aufschlüsse, z.B. über Kenntnisstand und Vorerfahrungen der Nutzer, Beratungsanlässe, erfolgte Verweise und Bewertungen zu erfragen und das Beratungsangebot hieran auszurichten, wurden wiederholt Nutzerbefragungen durchgeführt. Die aktuellen Ergebnisse basieren auf 1.365 auswertbaren Fragebögen von Personen, die im dritten Quartal 2010 telefonische oder persönliche Beratungs- und Informationsangebote der UPD genutzt haben. Die Rekrutierung der Befragungsteilnehmer erfolgte durch die Beratungsstellen; an jeden Ratsuchenden wurde nach einer abgeschlossenen Beratung und mit seinem münd-

<sup>20</sup> Vgl. Steiner, Michael et al. (2010): 2. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellverbundes nach § 65b SGB V - Unabhängige Patientenberatung in Deutschland. S. 55.f.

lichen Einverständnis ein Fragebogen ausgegeben bzw. verschickt.

### Alter und Geschlecht der Befragten

Das durchschnittliche Alter der Befragungsteilnehmer betrug 57 Jahre und lag damit leicht oberhalb des im Rahmen der Falldokumentation ermittelten Durchschnittsalters von 55,4 Jahren. Unterteilt man die Altersangaben in 10-Jahres-Kategorien zeigt sich, wie das relativ hohe Durchschnittsalter der Ratsuchenden zustande kommt. Insbesondere Personen zwischen 50 und 69 Jahren nahmen die UPD überproportional häufig in Anspruch, während Personen unter 40 Jahren im Vergleich zur deutschen Gesamtbevölkerung deutlich unterrepräsentiert waren (s. Tabelle 4-1).

Tabelle 4-1: Altersklassen der Nutzerinnen und Nutzer

Altersklassen	Häufigkeit	Gültige Prozen-te	Vergleich Gesamtbevölkerung <sup>21</sup>
20-29 Jahre	49	3,6	14,9
30-39 Jahre	105	7,8	15,0
40-49 Jahre	245	18,1	20,9
50-59 Jahre	370	27,3	17,3
60-69 Jahre	316	23,4	13,8
>=70 Jahre	268	19,8	18,1
Gesamt	N = 1353	100,0%	81,25

Quelle: Prognos; UPD-Nutzerbefragung 2010

Zwei von drei Ratsuchenden waren weiblich. Diese Überzahl von Frauen unter den Ratsuchenden traf in allen Altersklassen zu. Erst im Bereich der hochaltrigen Menschen war die Geschlechterverteilung unter den Nutzern nahezu ausgeglichen.

### Migrationshintergrund

Von den 1.360 Antwortenden besaßen nach eigenen Aussagen 95,5 % die deutsche Staatsangehörigkeit. Nur 2,6 % gaben eine andere Nationalität an. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes liegt der Anteil an ausländischen Mitbürgern in Deutschland bei ca. 8,7 %<sup>22</sup>, so dass diese Bevölkerungsgruppe in der Nutzerbefragung resp. in der Gesamtheit der Ratsuchenden der UPD deutlich unterrepräsentiert war.

21 Quelle: Statistisches Bundesamt: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Stichtag 31.12.2009, ([https://www.geneis.destatis.de/geneis/online;jsessionid=D34C2284BB9B1FB100A4E15C7AFA83CF.tomcat\\_GO\\_2\\_1?operation=previous&levelindex=2&levelid=1291295736182&levelid=1291294646847&step=1](https://www.geneis.destatis.de/geneis/online;jsessionid=D34C2284BB9B1FB100A4E15C7AFA83CF.tomcat_GO_2_1?operation=previous&levelindex=2&levelid=1291295736182&levelid=1291294646847&step=1))

22 Quelle: Statistisches Bundesamt (2010): Ausländische Bevölkerung, Ergebnisse des Ausländerzentralregisters, <https://www.ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1025396>, Stichtag: 31.08.2008

Darüber hinaus wurden die Nutzerinnen und Nutzer nach ihrer Muttersprache gefragt. Dazu gaben 3,2 % der Antwortenden an, mit einer nichtdeutschen Muttersprache aufgewachsen zu sein. Erwartungsgemäß ist die Schnittmenge zwischen den Variablen nichtdeutscher Staatsangehörigkeit und Muttersprache sehr hoch. Wenn im weiteren Verlauf der Auswertung bestimmte Nutzereigenschaften auf migrationsbedingte Unterschiede hin untersucht werden, so werden diejenigen Antwortenden, die in der Befragung eine andere Muttersprache angaben, als Menschen mit Migrationshintergrund bezeichnet. Im Vergleich zur Verteilung in der Gesamtbevölkerung war diese Gruppe in der Nutzerbefragung deutlich unterrepräsentiert.

### **Schulabschluss**

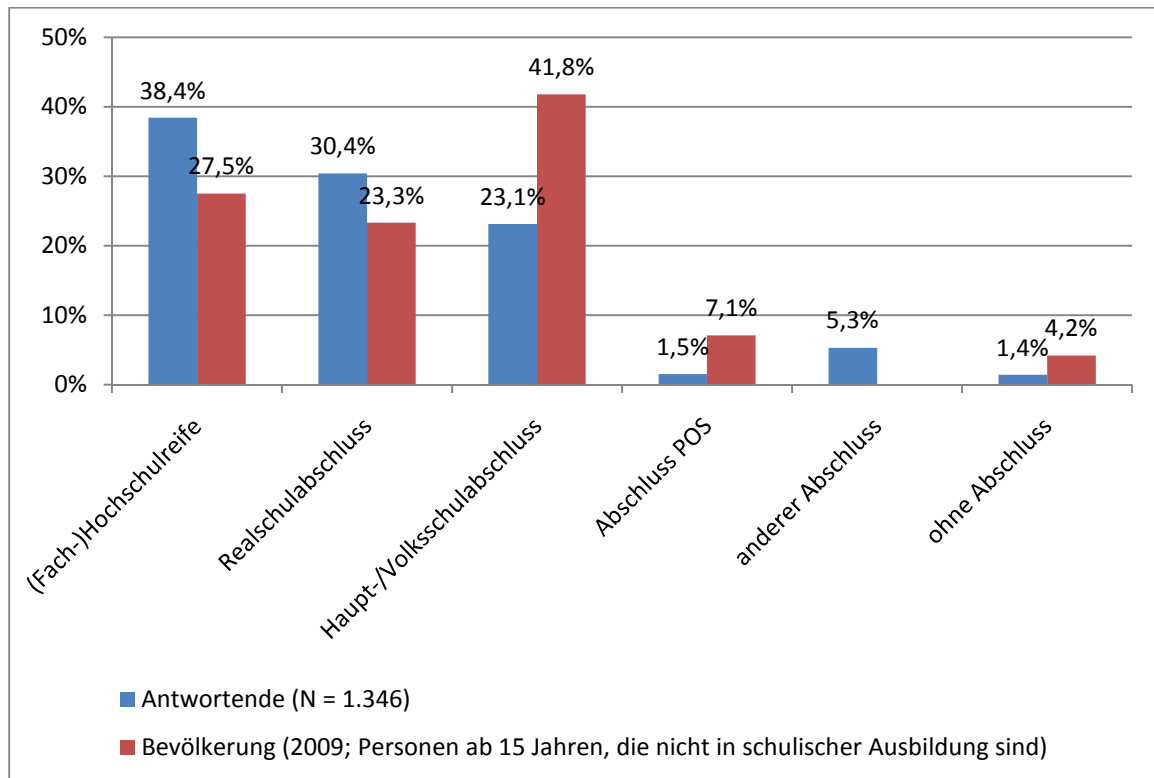
Die meisten der antwortenden Nutzer besaßen einen Realschulabschluss (30,4 %). An zweiter Stelle folgten Ratsuchende mit Abitur oder Fachhochschulreife (24,7 % bzw. 13,7 %, zusammen 38,4 %) vor jenen mit Haupt- bzw. Volksschulabschluss (23,1 %) (s. Abbildung 4-1).

Vergleicht man diese Befunde mit den Daten des Mikrozensus, fällt auf, dass die Teilnehmenden mit Abitur, Fachhochschulreife und Realschulabschluss in dieser Erhebung deutlich überrepräsentiert, Menschen mit Abschlüssen an der Polytechnischen Oberschule, der Volks- oder Hauptschule sowie Personen ohne Schulabschlüsse hingegen unterrepräsentiert waren.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt: Bevölkerung nach Bildungsabschluss in Deutschland, Ergebnis des Mikrozensus 2008 (<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/BildungForschungKultur/Bildungsstand/Tabellen/Content100/Bildungsabschluss.templateId=renderPrint.psmI>) ; eigene Berechnung.

Abbildung 4-1: Höchster allgemeinbildender Schulabschluss der Antwortenden



Quelle: Prognos; UPD-Nutzerbefragung 2010

### Versichertenstatus

Die Befragungsteilnehmer waren überwiegend gesetzlich krankenversichert. 88,6 % der Antwortenden machten diesbezügliche Angaben. Weitere 10,5 % waren privat versichert und ein Prozent der Antwortenden gab an, gar nicht bzw. über das Sozialamt versichert zu sein (s. Tabelle 4-2).

Tabelle 4-2: Versichertenstatus der Nutzerinnen und Nutzer

	Häufigkeit	Gültige Prozent
Gesetzliche Krankenkasse	1.178	88,6%
Private Krankenkasse	140	10,5%
über Sozialamt versichert	5	0,4%
Keine Krankenkasse	7	0,5%
Gesamt	1.330	100%

Quelle: Prognos; UPD-Nutzerbefragung 2010

### Betroffenheit und Gesundheitszustand

Bei der Untersuchung der Profile von Nutzerinnen und Nutzern der UPD ist zu berücksichtigen, dass es sich nicht nur um persönlich Betroffene handelt. Rund 25 % der Befragten gaben an, dass sie die Beratung für Angehörige oder Freunde (20,1 %), Patienten oder Klienten (2,1 %) oder jemand Anderen (2,7 %) eingeholt haben.

Zusätzlich zur direkten Betroffenheit in einem Beratungsfall konnten die Befragten auf einer Skala von 1 bis 6 ihren derzeitigen Gesundheitszustand einschätzen. Eine 1 bedeutet, dass sie sich sehr gesund fühlen, während eine 6 auf einen schlechten Gesundheitszustand verweist. Von den 1.022 Befragten, die für sich selbst Information oder Beratung gesucht haben, beurteilen 28,7 % ihren eigenen Gesundheitszustand mit gut oder sehr gut. 21,8 % bewerten ihn hingegen als schlecht oder sehr schlecht. Fast die Hälfte (49,6 %) ordnet sich im Mittelfeld der Skala ein (s. Tabelle 4-3).

*Tabelle 4-3: Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes (nur persönlich Betroffene)*

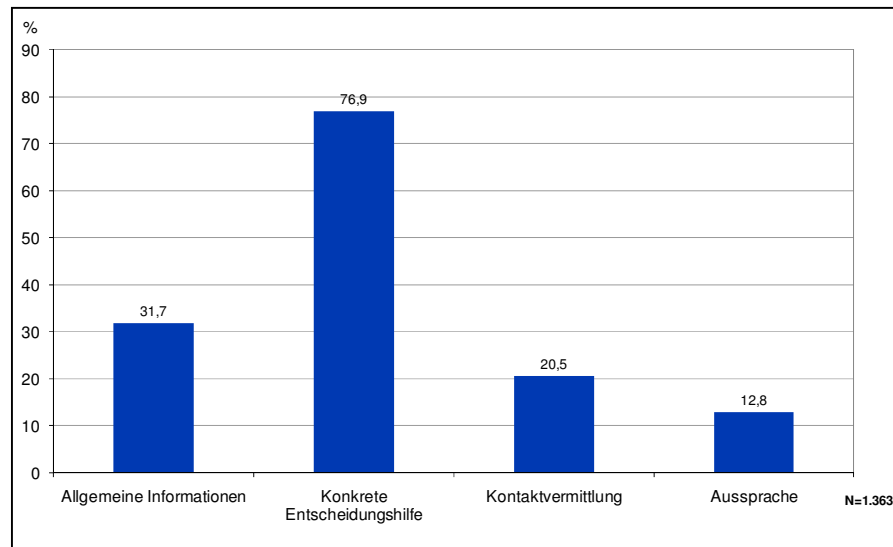
Wie beurteilen Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?	Anzahl	Gültige Prozent
Sehr gut	78	8 %
2	202	20,7 %
3	295	30,2 %
4	190	19,4 %
5	158	16,2 %
Sehr schlecht	55	5,6 %
Gesamt		100%

Quelle: Prognos; UPD-Nutzerbefragung 2010

### Anlass und Gegenstand der Beratung

Mehr als drei Viertel der Befragten (76,9 %) nahmen die Beratung in Anspruch, um Hilfe bei einer konkreten Entscheidung zu erhalten. Aktuelle Informationen im Sinne einer allgemeinen Orientierung haben 31,7 % der Nutzerinnen und Nutzer gesucht. Ungefähr jede/r Fünfte gab an, sich wegen nützlicher Adressen und Ansprechpartnern an die UPD gewandt zu haben, während 12,8 % die Beratungsstelle nutzten, um sich mit ihrem Anliegen einmal aussprechen zu können (s. Abbildung 4-2).

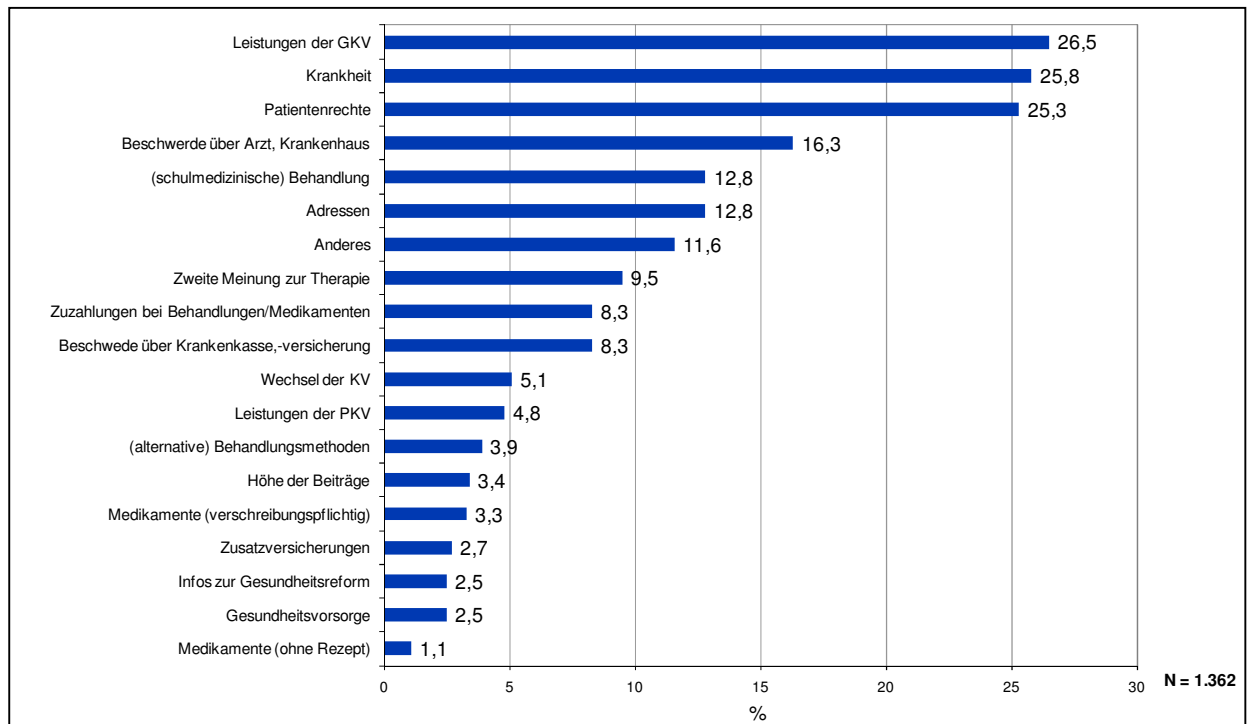
Abbildung 4-2: Anlass der Beratung



Quelle: Prognos; UPD-Nutzerbefragung 2010

Nach dem konkreten Gegenstand der Beratung, also dem Beratungsthema gefragt, haben die meisten Antwortenden mehrere Angaben gemacht. Im Durchschnitt wurden 3,5 Themenbereiche angekreuzt. Als dominante Beratungsfelder mit einem Anteil von über 25 % aller Nennungen kristallisierten sich Fragen zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (26,5 %), zu bestimmten Krankheitsbildern und -symptomen (25,8 %) sowie zu Patientenrechten (25,3 %) heraus. Die letztgenannte Kategorie wurde besonders häufig mit Fragen zu Patientenverfügungen und Betreuungsvollmachten in Verbindung gebracht. Auch Beschwerden über (Zahn-)Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und weitere Leistungserbringer (16,3 %) waren häufig Gegenstand der Beratungsgespräche. Fragen zu Medikamenten und Operationen im Sinne der schulmedizinischen Behandlung sowie Nachfragen bezüglich Adressen, etwa von passenden Ärzten, Krankenhäusern und Beratungsstellen, wurden ebenfalls überdurchschnittlich oft thematisiert (s. Abbildung 4-3; zu den Beratungsthemen s. auch Kapitel 6.1).

Abbildung 4-3: Gegenstand der Beratung



Quelle: Prognos; UPD-Nutzerbefragung 2010

Nutzer, die wegen aktueller Informationen die Beratungsstelle aufgesucht haben, gaben überdurchschnittlich häufig an, dass es um Krankheiten, Adressen, Zuzahlungen bei Behandlungen / Medikamenten, Leistungen der GKV oder um Informationen zur Gesundheitsreform ging. Nutzerinnen und Nutzer, die eine konkrete Entscheidungshilfe brauchten, thematisierten häufiger medizinische Behandlungen, Beschwerden über Krankenkassen oder Versicherungen, Leistungen der GKV oder wollten eine zweite Meinung einholen. Ratsuchende, die um eine Kontaktvermittlung baten, nannten besonders häufig Beschwerden über Ärzte bzw. Krankenhäuser, Adressen, Patientenrechte, Behandlungen und Krankheiten als konkreten Beratungsgegenstand.

### Vorkenntnisse und -erfahrungen

Die persönlichen Vorkenntnisse zum Beratungsgegenstand werden auf Seiten der Nutzerinnen und Nutzer unterschiedlich eingeschätzt. Den Befragten wurde die Möglichkeit gegeben, auf einer Schulnotenskala zwischen 1 und 6 eine eigene Einschätzung zum Wissensstand im Vorfeld der Beratung abzugeben. Fast ein Viertel der Befragten (23,9 %) ist der Meinung, dass sie gute oder sehr gute Vorkenntnisse über ihr Anliegen haben, bevor sie die Beratung aufsuchten. Entsprechend gaben sie die Werte 1 (4,1 %) bzw. 2 (19,8 %) an. Ungefähr ein weiteres Viertel (25,7 %) schätzt das persönliche Hintergrundwissen als gering ein, während die Mehrheit der Antwortenden sich als mittelmäßig informiert betrachtet (s. Tabelle 4-4).

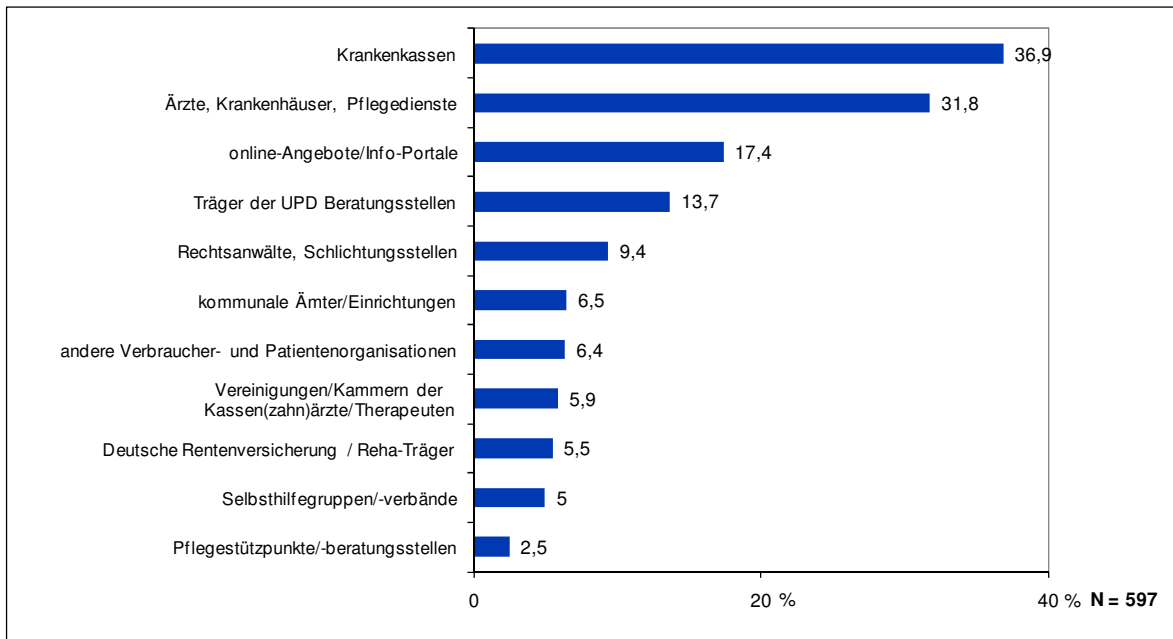
Tabelle 4-4: Beurteilung der eigenen Vorkenntnisse im Vorfeld der Beratung

Wie gut waren Ihre persönlichen Vorkenntnisse zu Ihrer Frage	Anzahl	Gültige Prozent
Sehr gute Vorkenntnisse	52	4,1%
2	250	19,8%
3	400	31,7%
4	235	18,6%
5	148	11,7%
Keine Vorkenntnisse	177	14%
Gesamt	1.262	100%

Quelle: Prognos; UPD-Nutzerbefragung 2010

Viele der Nutzerinnen und Nutzer haben im Vorfeld der Beratung bereits an einer anderen Stelle Rat gesucht. Von den 43,6 %, die entsprechende Angaben machten, sind die meisten bereits von Krankenkassen (36,9 %) beraten worden. Am zweithäufigsten erfolgte eine Beratung durch Leistungserbringer wie Ärzte, Krankenhäuser oder Pflegedienste (31,8 %). Mit deutlichem Abstand folgten die Informationsquellen Internet (17,4 %), sowie Rechtsanwälte oder Schlichtungsstellen (9,4 %). Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass 13,7 % der Antwortenden angaben, sich zuvor bereits an den Träger einer UPD-Beratungsstelle gewandt zu haben (s. Abbildung 4-4). Hiermit ist eine Einschätzung möglich, in welcher Größenordnung sich die regionale Trägerschaft in Hinblick auf einen direkten Verweis von Ratsuchenden an die regionalen Beratungsstellen auswirkte.

Abbildung 4-4: Im Vorfeld genutzte Beratungsangebote



Quelle: Prognos; UPD-Nutzerbefragung 2010

Diejenigen Nutzer, die im Vorfeld bereits Informationen oder Rat gesucht haben, bewerten ihre Vorkenntnisse deutlich besser als jene ohne vorherige Aktivität. Während bei der ersten Gruppe 62,6 % eine tendenziell positive Note vergaben, waren es bei der letzten Gruppe nur 49,9% (s. Tabelle 4-5).

*Tabelle 4-5: Persönliche Vorkenntnisse, differenziert nach vorheriger Ratsuche bei einer anderen Instanz*

Wie gut waren Ihre persönlichen Vorkenntnisse zu Ihrer Frage	mit vorheriger Ratsuche (Gültige Prozent)	ohne vorherige Ratsuche (Gültige Prozent)
Sehr gute Vorkenntnisse	5,5%	3%
2	22,4%	17,7%
3	34,7%	29,2%
4	17,8%	19,3%
5	11,3%	12,1%
Keine Vorkenntnisse	8,3%	18,7%
Gesamt	100%	100%

Quelle: Prognos; UPD-Nutzerbefragung 2010

Auf die Frage, warum die Inanspruchnahme der genannten Instanzen nicht ausreichend war, um ihre Frage zu klären, antworteten mit 36,1 % die meisten der Befragungsteilnehmer, dass wichtige Informationen bei den besagten Anlaufstellen nicht eingeholt werden konnten. 22,7 % der Antwortenden benötigten weitergehende Unterstützung für ihr konkretes Problem, während 20,3 % die dort erhaltenen Informationen für ungeeignet hielten. 18,3 % bewerteten die Informationen als nicht verständlich und 17,3 % als nicht unabhängig. Weitere Kritikpunkte betrafen die inhaltliche Einseitigkeit der Information (12,1 %), die Widersprüchlichkeit (11,1 %) und die sachliche Unkorrektheit der Informationen (9,6 %).

Differenziert nach den wichtigsten vier Informationsinstanzen lässt sich Folgendes feststellen:

- Ratsuchende, die zuvor bereits Krankenkassen um Hilfe ersucht haben, betonten besonders stark, dass ihnen dort wichtige Informationen gefehlt haben. Auch die Unabhängigkeit der eingeholten Informationen betrachteten diese Nutzerinnen und Nutzer kritischer.
- Nutzern von Online-Portalen haben sehr häufig wichtige Auskünfte gefehlt oder sie empfanden die angebotenen Informationen als ungeeignet für ihre eigene Situation.
- Diejenigen, die eine andere Einrichtung des jeweiligen Trägers der Beratungsstelle besucht haben, benötigten besonders häufig weitergehende Unterstützung für ihr konkretes Problem.

- Befragungsteilnehmer, die im Vorfeld Erkundigungen bei Ärzten, Krankenhäusern oder Pflegediensten eingeholt haben, äußerten verschiedene Kritikpunkte, so dass sich in diesen Fällen keine eindeutigen Tendenzen herauskristallisieren.

### **Fazit: Patientenberatung findet in konkreten Entscheidungssituationen statt**

Die Berücksichtigung des persönlichen Hintergrunds ist ein zentrales Qualitätsmerkmal, das Ratsuchende mit einem guten Beratungsangebot verbinden. Hierzu lieferte die im letzten Jahr der Modellphase durchgeführte Nutzerbefragung interessante Aspekte, auf die sich Berater der unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung einstellen müssen. Hervorzuheben ist, dass es ganz überwiegend um Patientenberatung in konkreten Entscheidungssituationen ging, die sich an die UPD gewandt haben. Entscheidungshilfen waren insbesondere gefragt zu medizinischen Behandlungen, Beschwerden über Kassen und Versicherungen sowie die Möglichkeit, eine zweite Expertenmeinung einzuholen. Neben den Entscheidungshilfen war die Vermittlung von Kontakten und Ansprechpersonen von Bedeutung, insbesondere wenn es um die Verfolgung von Beschwerden über Ärzte und Krankenhäuser, die Durchsetzung von Patientenrechten geht sowie medizinische Informationen zu Krankheiten und Behandlungen. Allgemeine Informationen wurden im Zusammenhang mit Zuzahlungen, Leistungen der GKV und Neuerungen im Rahmen politischer Entscheidungen gefragt.

Deutlich wird auch die Notwendigkeit, dass sich das Beratungsgespräch flexibel am Vorwissen der Ratsuchenden orientieren muss. Über 50 % der Ratsuchenden hatten gute bis sehr gute Vorkenntnisse (Selbsteinschätzung) und 46 % der Nutzer haben im Vorfeld bereits Beratung bei Institutionen eingeholt und benötigten nun eine Bestätigung oder Ergänzung ihrer Vorkenntnisse, um für sich eine gute Entscheidung treffen zu können.

## **4.2 Kooperationen und Verweispraxis**

Der Auftrag der UPD beinhaltet die Netzwerkarbeit auf Bundesebene und ganz gezielt auch in den regionalen Beratungsstellen. Ziel ist es, den Ratsuchenden mit ihren Anliegen kompetente bzw. zuständige Institutionen und auch fachliche Ansprechpartner nennen zu können, die ihnen weiter helfen. Im zweiten Zwischenbericht wurde darauf hingewiesen, dass die regionalen Netzwerke der Beratungsstellen nicht einseitig, sei es in den Bereich der Selbsthilfe oder der Leistungserbringer geknüpft werden, sondern vielfältig sein müssen. Der wissenschaftliche Beirat

bestätigte und präzierte in seiner Stellungnahme zum Zwischenbericht diesen Befund:<sup>24</sup>

*„Eine unabhängige Patientenberatung sollte sich als integraler Bestandteil der bestehenden Beratungslandschaft begreifen und sich als die Stelle profilieren, bei der die Nutzer verlässliche Information bekommen bzw. erfahren, wo an weiterer Stelle Information und Beratung in hoher Qualität erhältlich ist. Wichtig für die Profilbildung ist in diesem Zusammenhang die allgemeine Beratung, die darauf abzielt, Nutzer in ihrer gesundheitlichen Kompetenz zu stärken und sie darin zu unterstützen, wichtige Entscheidungen für sich – oder bei medizinischen Fragen auch gemeinsam mit ihrem Arzt – zu treffen. [...] Die Bereitschaft, mit anderen qualifizierten Anbietern zusammen zu arbeiten und an diese in geeigneten Fällen auch zu verweisen, ist unverzichtbar, um Synergieeffekte zu nutzen und Doppelstrukturen zu vermeiden. Mittel- und langfristig ist es wünschenswert, das Gesamtangebot einer unabhängigen Patientenberatung inhaltlich und/oder räumlich durch Vernetzung und Kooperation zu ergänzen. Hierzu bedarf es einer Sichtung der bestehenden Angebote und Kenntnisse, was Nutzer von Angeboten Dritter erwarten können (z.B. von Beratungsangeboten einzelner Selbsthilfeorganisationen).“*

### **Rahmenbedingungen für die Kooperation und Vernetzung**

Ob auf den Verbundkonferenzen, in Arbeitskreisen, im Rahmen von Qualitätszirkeln oder Fortbildungen; das Thema Kooperation und Vernetzung wurde im Laufe der Modellphase auf zahlreichen Ebenen diskutiert. Betont wurde dabei einhellig, dass Kooperationsstätigkeiten für die Umsetzung des Auftrags der UPD von zentraler Bedeutung sind. Aufgabe der Bundesgeschäftsstelle war es daher, alle Ebenen und Beteiligten des Verbundes aufeinander abzustimmen. Hierfür wurden Instrumente, wie Kooperationskonzepte und -übersichten, Leitfäden und Checklisten als gezielte Unterstützung entwickelt. Grundlegende Minimalanforderung für die Vernetzung auf regionaler Ebene war dabei der Kontakt zu folgenden Akteuren:<sup>25</sup>

- Kostenträger: zu den drei größten Krankenkassen vor Ort
- Leistungserbringer: zu regionalen Einrichtungen (u.a. Arzt-Praxen, Krankenhäuser, Heil- und Hilfsmittelerbringer, Apotheken), Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und deren Beratungsangeboten, Landes(zahn)ärztekammern, Landespsychotherapeutenkammern sowie den Beratungsangeboten dieser Einrichtungen
- Wohlfahrtsverbände: zu örtlichen Wohlfahrtsverbänden und ggf. den Landesorganisationen
- Selbsthilfe: zu den nächstgelegenen Kontaktstellen, zu Landesverbänden und örtlichen Selbsthilfegruppen

<sup>24</sup> Vgl. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats zum Modellvorhaben nach § 65b SGB V vom 22. Januar 2010: Eckpunkte für das zukünftige Leistungsprofil einer unabhängigen Patientenberatung.

<sup>25</sup> UPD gGmbH: Kooperationskonzept

- Pflegeberatung: zu den nächstgelegenen Pflegestützpunkten und weiteren Pflegeangeboten

Die Bewertung des gegenwärtigen Stands der externen Kooperation und Vernetzung sowie konkrete Ansatzpunkte für ihre Verbesserung war auch Gegenstand des letzten Monitorings 2010. Beratungsstellen bewerteten hier das erreichte Entwicklungsniveau der externen Kooperationen als gut, relativierten diese Bewertung häufig aber vor dem Hintergrund der Vielfalt der Aufgaben in den Beratungsstellen und der dadurch begrenzt zur Verfügung stehenden personellen sowie zeitlichen Ressourcen. Hierher rührte der Wunsch, dass ein aufwandsgerechtes Zeitbudget für die Kooperations- und Netzwerkarbeit in den Beratungsstellen definiert werden sollte, damit die Netzwerkarbeit nicht – ähnlich wie die Öffentlichkeitsarbeit – zu einem Großteil im Rahmen der verbleibenden Zeit stattfindet, die nicht durch Beratungstätigkeit u.a. verplant ist. Die Festlegung von festen Zeitbudgets erscheint vor dem Hintergrund, dass die Rolle der Träger beim Kooperationsmanagement sehr unterschiedlich und am häufigsten auf politisch-strategische Netzwerkpartner ausgerichtet war, die unmittelbar beratungsrelevanten Netzwerke überwiegend also durch die Berater selber aufgebaut und gepflegt wurden, umso wichtiger.

Weiterhin wurde Bedarf gesehen, Kooperationen in Zukunft auf lokaler, regionaler, Landes- und Bundesebene im Sinne eines stetigen Prozesses weiter zu systematisieren, auszubauen und verbundweit zu vereinheitlichen. In diesem Zusammenhang wurde angeregt, dass die oben genannten Instrumente des zentralen Kooperationsmanagements neben der Quantität noch stärker als bisher geschehen die Qualität, Zielsetzung und den konkreten Nutzen von Kooperationen in den Vordergrund stellen sollten.

Auf Bundesebene wurde von den regionalen Beratungsstellen ein Entwicklungsbedarf insbesondere in der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe gesehen. Weiterhin sollte die Seismografenfunktion der UPD im Rahmen gezielter Kooperationen ausgebaut werden. Ziel müsse es sein, Instrumente zur Rückmeldung von Ergebnissen der Beratung ins Gesundheitssystem in der Zusammenarbeit mit Ärztenverbänden zu entwickeln, um bestehende Vorbehalte und Vorurteile ggü. der UPD abzubauen.

Schließlich wird der Wunsch nach Herstellung von mehr Transparenz über die regionalen Netzwerke der Bundesgeschäftsstelle geäußert.

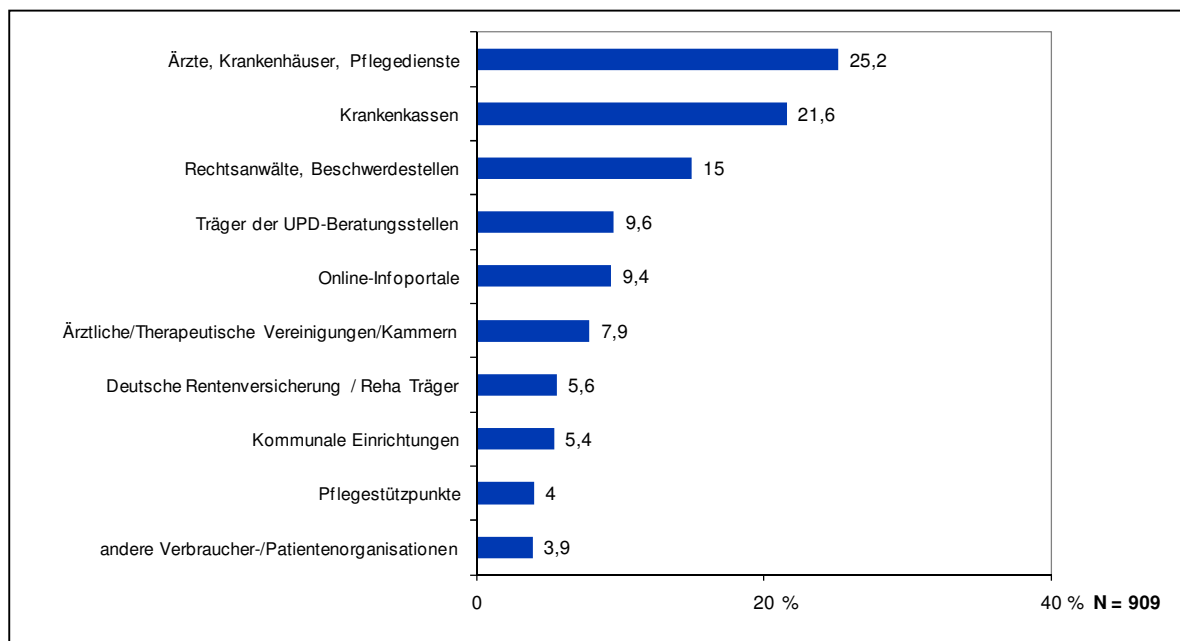
### **Die Verweispraxis laut Nutzerbefragung**

Die 2010 durchgeführte Nutzerbefragung zeigte, dass gut zwei Dritteln aller Ratsuchenden im Zuge des Beratungsgesprächs weitere Ansprechpartner benannt wurden. Von den 909 Personen der Stichprobe, die Entsprechendes angekreuzt haben, wurden rund

- ein Viertel an Ärzte, Krankenhäuser oder Pflegedienste,
- 21,6 % an eine Krankenkasse
- 15 % an Rechtsanwälte bzw. Schlichterstellen sowie
- 9,6 % an die jeweiligen Träger der regionalen Beratungsstelle

verwiesen (s. Abbildung 4-5). Letzteres ist wiederum eine interessante Kennzahl, um die Bedeutung der regionalen Trägererschaft der UPD-Beratungsstellen im Hinblick auf die direkte Verweispraxis zu erfassen.

Abbildung 4-5: Verweise an andere Ansprechpartner



Quelle: Prognos; UPD-Nutzerbefragung 2010

Innerhalb der verschiedenen Themengebiete der Beratung sind zum Teil erhebliche Differenzen sowohl in Bezug auf die Häufigkeit ausgesprochener Verweise als auch hinsichtlich der genannten Ansprechpartner festzustellen. Betrachtet man die sechs wichtigsten Themenfelder, variiert der Anteil an Verweisen zwischen 66,1 % beim Thema Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und 89,7 % bei der Suche nach Ansprechpartnern und Adressen. Die themenspezifischen Verweise stellen sich im einzelnen wie folgt dar (s. Tabelle 4-6):

- Von denjenigen, die wegen Ansprechpartnern und Adressen sowie wegen Fragen zu Krankheit und medizinischen Behandlungsformen die UPD aufgesucht haben, gab über die Hälfte an, dass sie an Ärzte weiter verwiesen wurde.

- In Beschwerdefällen wurde fast gleichberechtigt je ein Drittel an Rechtsanwälte und an Krankenkassen verwiesen. In weiteren 23 % der Fälle sollten sich die Ratsuchenden an einen Arzt wenden.
- Wegen Auskünften zu Patientenrechten erhielten nur 15,9 % die Empfehlung, sich an den Arzt zu wenden. Hier sind Krankenkassen und Rechtsanwälte / Schlichtungsstellen die häufigeren Verweispartner.
- Leistungsfragen sollten schließlich vornehmlich mit Ärzten und Krankenkassen weiter geklärt werden.

*Tabelle 4-6: Anteil der Verweise nach Beratungsthemen (Verweise in Relation zu allen Verwiesenen aus den jeweiligen Themen-  
gruppen, in Prozent)*

Verweise an...	Beratungsthemen					
	Leistungen GKV	Krankheit	Patientenrechte	Beschwerde Arzt/ KH	Medizin. Behandlung	Adressen
Ärzte	22,1	42,3	15,9	23,3	47,2	52,6
Krankenkasse	26,7	16,5	26,4	29,7	21,1	10,9
Rechtsanwälte / Schlichtungsstellen	9,2	14,0	33,5	30,2	12,2	12,8
Träger der UPD-Beratungsstellen	14,2	11,5	10,9	7	5,7	7,7
Gesamtanteil an Verweisen (relativ zur Gesamtheit der Beratungsfälle pro Thema)	66,1	79,5	69,5	77,5	70,7	89,7

Quelle: Prognos; UPD-Nutzerbefragung 2010

### **Zufriedenheit mit empfohlenen Ansprechpartnern**

Die Mehrheit dieser Ratsuchenden (60,6 %) war den Empfehlungen zum Befragungszeitpunkt bereits nachgegangen. Auf die Frage, ob die Hinweise zu anderen Ansprechpartnern auch hilfreich waren, gab mit knapp 57,5 % die Mehrheit dieser Gruppe an, dass die Hinweise der Beraterinnen und Berater entscheidend für die Klärung ihres Anliegens waren. Weitere 36,5 % bewerteten die Inanspruchnahme der empfohlenen Ansprechpartner als hilfreich, aber noch nicht maßgeblich für die Lösung der konkreten Fragestellung (s. Tabelle 4-7). Eine Minderheit von 6,1 % der bereits aktiv gewordenen Nutzerinnen und Nutzer haben hierzu eine negative Meinung geäußert.

*Tabelle 4-7: Zufriedenheit mit empfohlenen Ansprechpartnern*

Haben Sie die weiteren Ansprechpartner in Anspruch genommen, und wenn ja wie hoch war ihr Beitrag für die Klärung Ihres Anliegens	Anzahl	Gültige Prozent
Ansprechpartner waren entscheidend	293	57,5
Ansprechpartner waren hilfreich, aber nicht entscheidend	186	36,5
Ansprechpartner waren nicht hilfreich	31	6,1
Gesamt	510	100 %

*Quelle: Prognos; UPD-Nutzerbefragung 2010*

Zwischen der Bewertung der Zufriedenheit mit den empfohlenen Ansprechpartnern und der Einschätzung der Wirksamkeit des gesamten Beratungsprozesses gab es eine hochsignifikante Korrelation. Daraus kann geschlossen werden, dass der Verweisaspekt einen entscheidenden Einfluss auf die qualitative Gesamteinschätzung der Patientenberatung hatte.

### **Fazit: Das Leitbild des qualifizierten Lotsen im Gesundheitssystem**

Die Modellphase der UPD hat gezeigt, wie notwendig es ist, Ratsuchenden Hinweise auf zuständige oder qualifizierte Ansprechpartner im Gesundheitssystem geben zu können, damit sie dort ihre Anliegen klären. Diese Lotsenfunktion setzt die Kenntnis der lokalen, regionalen und bundesweiten Akteursstrukturen sowie die aktive Vernetzung der UPD voraus. Vorstellbar ist, dass bei der Vielfalt der Anfragen und Themen, mit denen die UPD auch zukünftig konfrontiert sein wird, und auch angesichts der Weiterentwicklung qualitativ guter Informations- und Beratungsangebote anderer Akteure die Lotsenfunktion noch stärker als bisher in den Mittelpunkt des Beratungsprozesses rückt. Neben der Qualitätssicherung wird die Netzwerkarbeit dadurch zu einem zentrale Entwicklungsfeld des Regelangebots.

## 5 Qualität und Unabhängigkeit – Standards im Beratungsprozess

### **Anforderungen an eine Unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung:**

*Die unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung muss auf Basis transparenter Beratungsstandards erfolgen, um eine einheitliche Qualität auf hohem Niveau sicherzustellen. Es bedarf einer klaren Definition, zu welchen Themen auf welcher Wissensgrundlage wie intensiv informiert und beraten wird, und wie Abgabe- und Verweisregeln umzusetzen sind. Definiert werden muss auch, wann Nutzer nicht weiterverwiesen werden können, und eine eigene Information und Beratung bis hin zur Einzelfallbetreuung erfolgt.*

*Um dieses Ziel zu erfüllen, ist die Entwicklung und Anwendung strukturierender und qualitätssichernder Prozessstandards notwendig. Fachliche und organisatorische Vorgaben, insbesondere einheitliche Qualitätsstandards müssen zeitnah in der Einzelberatung umgesetzt werden. Unverzichtbare Qualitätskriterien der Beratungstätigkeit sind dabei die sachliche Richtigkeit, die Evidenzbasierung medizinischer Auskünfte und die nicht direkte, weltanschaulich neutrale, empathische und allgemein verständliche Beratung und Vermittlung von Information. Diese Qualitätskriterien kennzeichnen die Professionalität der unabhängigen Patientenberatung und sind von allen Organisationseinheiten verbindlich umzusetzen. Entsprechende Beratungsstandards sind durch zentral verantwortete Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung, der Personalentwicklung, des Wissensmanagements, des internen Beschwerdemanagements etc. zu gewährleisten.*

Um Ratsuchende in ihrer Entscheidungsfähigkeit in Gesundheitsfragen und bei der Wahrnehmung ihrer Rechte gegenüber Leistungserbringern und Kostenträgern zu stärken, müssen Informationen und Beratung der unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung stets sachlich korrekt und bei medizinischen Fragestellungen auf der Basis der höchsten verfügbaren Evidenz erfolgen. Auf diesem Paradigma fußte das Qualitätsmanagement des Modellverbundes und auch Ratsuchende realisieren, dass Unabhängigkeit alleine noch kein ausreichendes Qualitätskriterium für ein Beratungsangebot ist, sondern dass vor allem die sachliche Richtigkeit über den Nutzen einer Beratung entscheidet. Im Fazit der im Jahr 2009 durchgeführten Nicht-Nutzer Befragung hieß es hierzu „[...]“, dass der Aspekt der „Unabhängigkeit“ offenbar nicht von der vermutet hohen Relevanz ist, sondern dass sich eine gute Beratung in erster Linie durch sachliche Richtigkeit, Ausführlichkeit, Verständlichkeit etc. auszeichnet.“<sup>26</sup>

Im Folgenden werden die Perspektiven der Nutzer sowie der Berater auf die Qualität der Informations- und Beratungsangebote der UPD vorgestellt. Die Nutzerperspektive lässt Rückschlüsse auf die Ergebnisqualität und den Beratungsprozess zu, die Beraterperspektive auf die Nützlichkeit der eingeführten Instrumente des Qualitätsmanagements.

---

26 IfD Allensbach / Prognos AG (2009): Wissenschaftliche Begleitung des Modellverbundes nach § 65 b SGB V - Ergebnisse der erweiterten Nicht-Nutzer Befragung.

## 5.1 Einschätzung des Qualitätsmanagements aus Beratersicht

Die Bundesgeschäftsstelle der UPD hatte die Aufgabe, Kriterien und Standards für eine einheitliche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln und deren Umsetzung in den Beratungsstellen sicherzustellen. Darüber hinaus war der Wissens- und Erfahrungstransfer zwischen den Beratungseinrichtungen Aufgabe der zentralen Steuerung. Der Bundesgeschäftsstelle oblag somit die Gesamtsteuerung des Qualitätsmanagements innerhalb der UPD.<sup>27</sup>

In der Modellprojektlaufzeit wurden verschiedene Ansatzpunkte für das Qualitätsmanagement entwickelt. Hierzu zählten insbesondere das systematische, EDV-unterstützte Wissensmanagement mit der Erstellung von Wissensdokumenten, die Qualitätszirkel, Arbeitskreise und Fachredaktionen, die Qualifizierung und Supervision der Berater, die Leitbildentwicklung und das interne Beschwerdemanagement. Dennoch, das zeigten die in der Vergangenheit durchgeführten Hidden-Client Untersuchungen, konnte während der Modellphase eine hohe, evidenzbasierte Beratungsqualität noch nicht verbundeinheitlich sichergestellt werden. Im zweiten Zwischenbericht wurde daher festgehalten, dass neben guter Beratungsqualität auch Schwächen deutlich wurden. Hieraus resultierte der Bedarf, die bisherigen Anstrengungen für eine einheitliche und qualitativ hochwertige Beratung weiter auszubauen. Schwachstellen waren beispielsweise

- die verbindliche Abfrage aller in der Falldokumentation festgelegten personen- und fallbezogenen Hintergrundinformationen, um zielgerichtet beraten zu können,
- die Vermeidung von Falschinformationen durch Sicherstellung eines einheitlichen Basiswissens der Beratenden bzw. durch den weiteren Ausbau des verbundinternen Wissensmanagements,
- die Vereinheitlichung und Konkretisierung von Verweisstandards
- sowie die durchgängige Sicherstellung neutraler und evidenzbasierter Beratungsinhalte und -abläufe.

Grundsätzlich müssen standardisierte Recherchewege eine zuverlässige Wissensvermittlung sicherstellen, die, wie in den Bereichen Zahngesundheit und Behandlungsfehler, in den Grundzügen in allen Beratungsstellen gleich ablaufen und zu einem einheitlichen und guten Beratungsergebnis führen.<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> Vgl. im Detail: Steiner, Michael et al. (2010): 2. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellverbundes nach § 65b SGB V - Unabhängige Patientenberatung in Deutschland. S. 34 ff.

<sup>28</sup> Vgl. Steiner, Michael et al. (2010): 2. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellverbundes nach § 65b SGB V - Unabhängige Patientenberatung in Deutschland. S. 47.

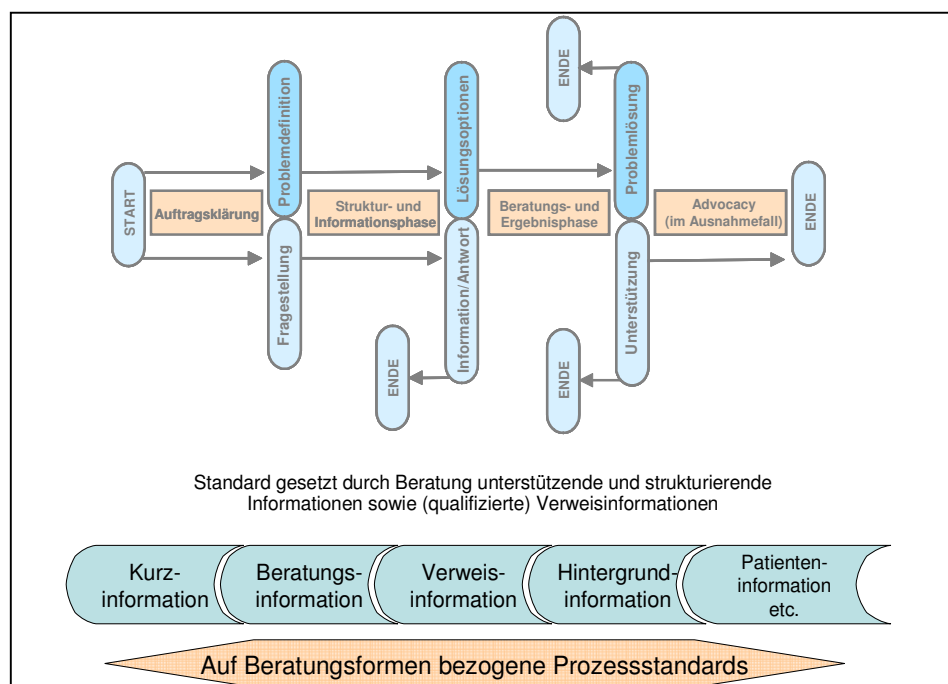
## Einschätzungen der Berater

Im Folgenden wird wiedergegeben, wie die Berater die Nützlichkeit der zentralen Elemente des Qualitäts- und Wissensmanagements einschätzen. Die Abfrage erfolgte im Rahmen des Monitoring 2010 und bezog sich im Einzelnen auf

- den Werkzeugkoffer (Grundausrüstung jeder Beratungsstelle mit bevorzugten Datenbankzugängen, Internetquellen, Rechercheliteratur),
- Verweisinformationen (Listen und Übersichten für den qualifizierten Weiterverweis von Ratsuchenden; N = 20),
- Beratung strukturierende Informationen (Standards zur Gesprächsführung; N = 25 - 30),
- Beratung unterstützende Informationen (fachliche Hintergrundinfos für Berater; N > 100),
- Patienteninformationen (Antworten auf FAQs; N = 35 - 40).

Darüber hinaus konnten das Intranet, die Qualitätszirkel, das Angebot zur Supervision und Teamentwicklung sowie das Angebot an fachlicher Weiterbildung der UPD kommentiert werden. Soweit sinnvoll, erfolgte die Bewertung der Nützlichkeit bezogen auf die unterschiedlichen Phasen des Beratungsprozesses. Dabei wurde das UPD-Beratungsschema zugrunde gelegt:

Abbildung 5-1: UPD-Beratungsprozess



Quelle: UPD gGmbH

Die Auswertung des Monitorings zeigte, dass zum einen die größte Relevanz der Wissensquellen in der Struktur- und Informationsphase sowie in der Beratungs- und Ergebnisphase lag – dies traf insbesondere für die Beratung unterstützenden Hintergrund- und Patienteninformationen sowie die im Werkzeugkoffer zusammengestellten Datenbankzugänge und Internetquellen zu. Zum Anderen verdeutlichten die Bewertungen, dass die Wissensquellen in der Phase der Auftragsklärung sowie in der Phase des Advocacy eine nur nachgeordnete Relevanz besaßen. Lediglich die Veranstaltungen im Rahmen des modularen UPD-Fortbildungs-Curriculums wurden von der Mehrzahl der Berater bezogen auf alle Phasen des Beratungsprozesses als hilfreich eingeschätzt. Ihre Fortsetzung sowie spezifische Vertiefungen wurden weniger im Bereich der Fachgebiete resp. Kompetenzfelder, sondern überwiegend im Bereich der soft-skills (z.B. Gesprächsführung, Beratungstechniken, Mediation) ausdrücklich gewünscht.

Deutlich wurde auch, dass von den Beratern zur Umsetzung des Prozessmodells mehr strukturierende Ablaufinformationen benötigt wurden. Sowohl in der Phase der Auftragsklärung als auch in der Struktur- und Informationsphase wurde dies besonders häufig benannt.

Weiterhin wurden mehr Verweisinformationen sowie Patienteninformationen gewünscht, die in leicht verständlicher Sprache verfasst sind.

### **Intranetnutzung**

Die Berater waren aufgefordert, die Qualität des Intranets in Bezug auf

- Struktur,
- Inhalt,
- Geschwindigkeit und
- seine Nützlichkeit als Kommunikationsmedium

zu bewerten. Zufriedenheit wurde vor allem mit dem Inhalt des Intranets sowie mit seiner Funktion als verbundinternes Kommunikationsmedium geäußert. Hauptkritikpunkte am UPD-Intranet waren seine Langsamkeit und Störanfälligkeit, die in der täglichen Beratungstätigkeit als belastend empfunden wurden. Es wurde vermerkt, dass das Dokumentenmanagement während der Beratung nicht genutzt werden konnte, da die Ladezeit zu langsam bzw. zu unkomfortabel war. Desweiteren wurde angeführt, dass die Struktur des Intranets zu unübersichtlich und nicht nutzerfreundlich ist und der Zugriff auf Dokumente deshalb erschwert wurde. Eine Ausweitung des Inhalts, insbesondere der Beratung unterstützenden Hintergrund- und der Patienteninformationen

(s.o.) wurde zwar gewünscht, gleichzeitig sollte aber die Suchfunktion optimiert werden.

### **Qualitätszirkel**

Hinsichtlich der im Rahmen von regionalen Arbeitsgruppen durchgeführten Qualitätszirkel äußern sich die Berater überwiegend zufrieden. Bewertet werden konnten

- die Häufigkeit der Treffen,
- die organisatorische Durchführung und
- das Verhältnis von Zeitaufwand zu Nutzen.

Positiv vermerkt wurde die stimmige konzeptionelle Grundlage der Qualitätszirkel in Form des Auditheftes, sowie der durch den Erfahrungsaustausch zwischen den regionalen Arbeitsgruppen (RAGs) entstehende Nutzen für den Verbund, der positive Entwicklungsanreize setzte. Weiterhin wurde angemerkt, dass sich der Nutzen der Qualitätszirkel mit dem Wechsel von der Strukturqualität zur Ergebnisqualität in der zweiten Auditphase erhöht hat.

Hauptkritikpunkt an den Qualitätszirkeln war der hohe Zeitaufwand für die regionalen Arbeitsgruppensitzungen, der insbesondere durch lange Anfahrtszeiten und die Teilnahme aller Mitarbeiter der regionalen Beratungsstellen bedingt ist. Mehrere Beratungsstellen regten daher an, dass eine Teilnahme aller Mitarbeiter nicht verpflichtend sein sollte.

### **Supervision und Teamentwicklung**

Besonders zufrieden zeigten sich die regionalen Beratungsstellen mit den Supervisions- und Teamentwicklungsangeboten. Hier wurden Häufigkeit, Organisation und Aufwand-/Nutzenverhältnis durchgehend bestens bewertet. Positiv vermerkt wurde der hohe Nutzen der Supervision für die Teamentwicklung sowie die Beratungsarbeit durch eine regelmäßige Reflektion von Beratungsfällen und Beratungsarbeit.

Kritisch angemerkt wurde, dass eine regelmäßige Durchführung von Teamentwicklungs- und Supervisionsitzungen in Anbetracht des engen Zeitkorridors in der Organisation nur schwierig umsetzbar war. Verstärkt wurde dieser Engpass in Zeiten von Krankheit und Personalwechsel. Zwei Beratungsstellen gaben auch an, dass sie dieses Angebot nicht nutzen, da dann die Abdeckung der Öffnungszeiten nicht möglich war.

### **Fazit: Qualitätssicherung durch einheitliche Standards und beratungsunterstützendes Wissensmanagement**

So wie in der Modellphase wird es auch im Regelangebot eine der Hauptaufgaben einer UPD sein, durch zentral verantwortete Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung, der Personalentwicklung, des Wissensmanagements, des internen Beschwerdemanagements etc., gute und einheitliche Qualität in der Beratung sicher zu stellen. Wichtige Instrumente für die Umsetzung des Prozessmodells sind neben einheitlich strukturierten und gut verständlichen Patienten-, Fach- und Verweisinformatio- nen, strukturierende Ablaufinformationen sowie ein kontinuierliches Schulungskonzept zur Umsetzung der Standards in der Beratungspraxis.

Unabdingbar ist die beratungsbegleitende Nutzung der Wissensquellen durch ein gut verschlagwortetes, schnelles und störungsfreies Content-Management-System, zu dem das bisherige Intranet ausgebaut werden muss.

Daneben sind Supervisionsangebote, Qualitätszirkel und die Auditierung der Beratungsstellen geeignete Mittel zur Umsetzung von Standards. Sie treffen auf hohe Akzeptanz und ermöglichen kollegiale Austauschmöglichkeiten.

## **5.2 Einschätzung der Qualität aus Nutzersicht**

Einschätzungen zur Beratungsqualität aus der Nutzersicht erfolgen auf der Basis der im dritten Quartal 2010 durchgeführten Nutzerbefragung (vgl. zum Vorgehen und zur Stichprobe s. Kapitel 4.1).

### **Wirksamkeit der Information und Beratung**

Die Beratungsleistungen der UPD wurden von den Nutzern – aller Altersklassen, Ausbildungsstände und beiderlei Geschlechts sowie unabhängig davon, ob persönlich betroffen oder als Angehöriger - überwiegend positiv bewertet. 64,5 % der Antwortenden gaben an, dass ihnen die Beratung sehr weitergeholfen hat. Für weitere 32,4 % war die Beratung wenn auch nicht klärend für die Beantwortung ihrer Frage, so doch hilfreich. Nur 3,2 % der Ratsuchenden waren der Meinung, dass die Inanspruchnahme der Patientenberatung überhaupt nicht zielführend war. Diese Ergebnisse stimmen mit den Bewertungen früherer Befragungen weitgehend überein.

### **Entscheidungsfindung**

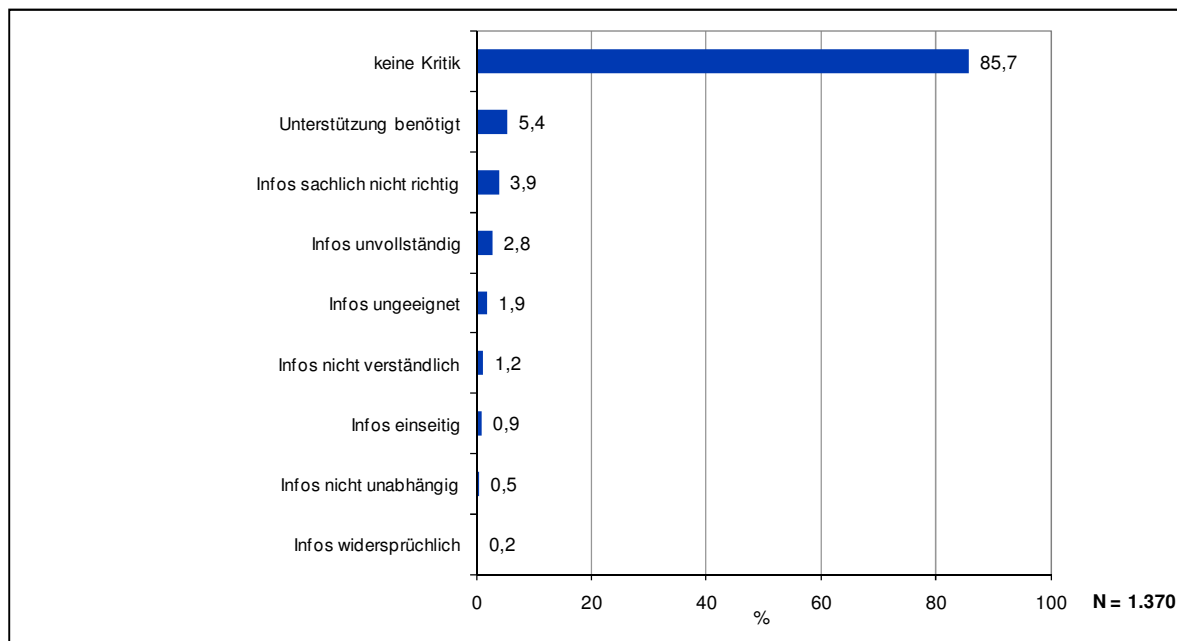
Die Ratsuchenden, die die UPD wegen einer konkreten Entscheidungshilfe kontaktiert haben (vgl. Kapitel 4.1), weisen ebenfalls hohe Zufriedenheitswerte auf. Von ihnen gaben 74 % an, dass sie nach der Beratung eine gute Entscheidung treffen konnten. Auch dieser Befund ist unabhängig vom Alter, Geschlecht,

Bildungsstand, Migrationshintergrund oder von der persönlichen Betroffenheit der Ratsuchenden.

### Kritikpunkte

Im Zuge der Nutzerbefragung wurde den Teilnehmenden auch die Möglichkeit gegeben, konkrete Kritik an der Unabhängigen Patientenberatung zu üben. Hierfür wurden den Befragten 8 mögliche Kritikpunkte präsentiert, die jeweils bestätigt oder negiert werden konnten. Von den insgesamt 1.370 Befragten haben 196 Personen mindestens einem Kritikpunkt zugestimmt, was einer Quote von 14,3 % entspricht.

Abbildung 5-2: Kritikpunkte an der UPD



Quelle: Prognos; UPD-Nutzerbefragung 2010

Der am häufigsten geäußerte Kritikpunkt betraf die Grenzen des Leistungsspektrums, das die UPD im Rahmen ihrer Lotsenfunktion anbieten kann. So gaben 5,4 % aller Befragten (oder 37 % von den 196 Kritik Äußernden) an, dass sie über das Beratungsgespräch hinausgehende Unterstützung, z.B. beim Schreiben von Briefen oder Anträgen, benötigten.

Weniger häufig wurden die inhaltlichen Kritikpunkte angekreuzt. Für 5,4 % aller Nutzer (oder 27,6 % der Kritik Äußernden) waren die erhaltenen Informationen sachlich fehlerhaft, während 3,9 % (oder 19,3 % der Kritik Äußernden) der Meinung waren, dass wichtige Informationen gefehlt haben. Trotz der geringen Fallzahlen sollten diese Befunde Anlass dafür sein, zukünftig geeignete Feedbackmöglichkeiten für Ratsuchende anzubieten bzw. das Beschwerdemanagement im Sinne der Qualitätssicherung auszubauen.

## Wünsche und Erwartungen

Zum Abschluss der Befragung wurde gefragt, wie wichtig rückblickend die regionale Kenntnis der Berater und die Erreichbarkeit der Beratungsstelle für die Klärung des Anliegens der Befragungsteilnehmer war. In diesem Zusammenhang konnten die Befragten mittels Vergabe von Schulnoten ihre Einschätzung ausdrücken.

Die regionalen Kenntnisse der Beraterinnen und Berater waren rückblickend für 62,5 % der Ratsuchenden hinsichtlich der Klärung ihres Anliegens wichtig. Dies ergibt einen Mittelwert von 2,5. Besonders wichtig war dieser Aspekt älteren Menschen, der Zusammenhang zwischen steigender Präferenz und steigendem Alter ist signifikant. Ein negativer Zusammenhang bestand mit dem Bildungsniveau der Teilnehmenden; die Wertschätzung regionaler Kenntnisse fiel mit steigendem Bildungsabschluss. Menschen mit geringerem Bildungsniveau sind offensichtlich stärker auf Beratungs- und Unterstützungsleistungen im Bereich der regionalen gesundheitsbezogenen Infrastruktur angewiesen.

Die Präferenz einer telefonischen Beratung ergab den gleichen Mittelwert. Auch hier stimmen mit 62,1 % knapp zwei Drittel der Antworten der Aussage zu, dass eine telefonische Information oder Beratung zur Klärung ihrer Frage ausreicht. Männer stehen diesem Statement etwas kritischer gegenüber, ebenso Menschen mit Migrationshintergrund sowie ältere Menschen. Dass diese Gruppen der darauffolgenden Aussage, eine persönliche Beratung unter vier Augen sei für die Problembehandlung erforderlich, durchschnittlich stärker zustimmen als Frauen, ist daher schlüssig (s. Tabelle 5-1).

*Tabelle 5-1: Grad der Zustimmung zu verschiedenen Beratungsaspekten (Mittelwerte auf der Schulnotenskala von 1 bis 6)*

Aspekte – Grad der Zustimmung	Gesamt	Merkmale			Altersgruppe					
		Frauen	Männer	Migrationshintergrund	0-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
Wichtigkeit regionaler Kenntnisse der Berater/innen	2,5	2,6	2,3	2,7	3,0	2,7	2,6	2,6	2,3	2,0
Angemessenheit telefonischer Beratung	2,5	2,4	2,6	2,7	2,9	2,5	2,5	2,5	2,4	2,5
Notwendigkeit von Beratungen unter 4 Augen	3,0	3,1	2,9	2,5	3,1	3,3	3,2	3,2	2,8	2,5

Quelle: Prognos; UPD-Nutzerbefragung 2010

Eindeutig ist auch der Zusammenhang mit dem Bildungsniveau der Nutzerinnen und Nutzer. Der durchschnittliche Zustimmungswert zur Notwendigkeit einer persönlichen Beratung vor Ort ist bei Befragten ohne Schulabschluss mit 1,5 am höchsten, nimmt dann analog zum steigenden Abschlussgrad ab und erreicht bei Nutzerinnen und Nutzern mit Hochschulreife mit 3,4 den niedrigsten Wert.

### **Fazit: Hohe Zufriedenheit und Entscheidungsrelevanz aus Nutzersicht**

Insgesamt sind die Ergebnisse der Nutzerbefragung ermutigend für die UPD. Über zwei Drittel der Befragungsteilnehmer waren mit dem Ergebnis der Beratung voll zufrieden, ein knappes weiteres Drittel war zufrieden. Von den Ratsuchenden, die in einer konkreten Entscheidungssituation waren, konnten fast drei Viertel im Anschluss an die Beratung die notwendige Entscheidung treffen.

Inhaltliche Kritikpunkte werden von 14,3 % der Befragten geäußert. Hierdurch wird die notwendige Weiterentwicklung des Beschwerdemanagements der UPD verdeutlicht.

## 6 Seismograf im Gesundheitssystem – Themen der unabhängigen Patientenberatung

### **Anforderungen an eine Unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung:**

*Die neutrale und unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung soll zukünftig die Schwerpunkte der Beratungstätigkeit und identifizierbare Problemlagen aufbereiten und damit Erkenntnisse aus der Beratung in die Organisation der Versorgungsabläufe zurückfließen lassen und ggf. auch Hinweise zu Über-, Unter- und Fehlversorgung geben. Von besonderer Bedeutung ist daher die gezielte Analyse von Beratungsthemen und Beschwerden, mit denen die Berater konfrontiert werden.*

### 6.1 Beratungsthemen der UPD

Die UPD hat sich in der Modellphase als ein niederschwelliges Angebot etabliert, das zu einem breiten Spektrum an gesundheitlich-medizinischen und gesundheitsrechtlichen Fragen beraten konnte. Auf Basis der elektronischen Fallerfassung<sup>29</sup> sowie der durchgeführten Nutzerbefragungen (s. Kapitel 4.1) wurden in der Vergangenheit differenzierte Auswertungen zu den thematischen Schwerpunkten der Anfragen bei der UPD erstellt. Stichpunktartige Überprüfungen im weiteren Zeitverlauf bestätigten die Befunde. Die Information und Beratung in den regionalen Beratungsstellen konzentrierte sich demnach vor allem auf folgende Aspekte:

- Klärung von Problemen mit Leistungserbringern und Kostenträgern
- Adressen und Telefonnummern von Ärzten, Krankenhäusern, Beratungsstellen usw.
- Rechte und Ansprüche von Patienten
- Wechsel der Krankenversicherung
- Möglichkeit, zu medizinischen Fragestellungen eine zusätzliche, evidenzbasierte Einschätzung zu erhalten
- Wirksamkeit und Risiken von verschreibungspflichtigen Medikamenten
- Änderungen bzw. neue Bestimmungen durch Gesundheitsreformen oder Rechtsänderungen
- Beitragssätze, Leistungen und Zusatzversicherungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherungen

<sup>29</sup> Vgl. Steiner, Michael et al. (2010): 2. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellverbundes nach § 65b SGB V - Unabhängige Patientenberatung in Deutschland. S. 56 f.

### **Fazit: Abdeckung eines breiten Themenspektrums durch eigene Angebote und qualifizierte Verweise**

Die tatsächlichen und potenziellen Anfragen bei Patientenberatungsstellen betreffen insbesondere (leistungs-)rechtliche Themen sowie die Information und Beratung in Konfliktsituationen. Um eine breit akzeptierte Anlaufstelle für Ratsuchende zu sein, Patientenautonomie zu stärken und eine Rückmeldefunktion ins Gesundheitssystem ausüben zu können, sollte eine unabhängige Patientenberatung dem weiten Themenspektrum durch eigene Angebote sowie eine qualifizierte Verweisfunktion gerecht werden.

## **6.2 Rückmeldefunktion**

### **Systematische Auswertung der Beratungsthemen**

Im Fazit des zweiten Zwischenberichts wurde die Option aufgezeigt, dass die UPD aufgrund ihres Beratungsauftrags in Zukunft auch eine wichtige Rolle als Seismograf im Gesundheitssystem wahrnehmen sollte. Da es im deutschen Gesundheitswesen derzeit keine Instanz gibt, die die Fragen, Anregungen und Beschwerden der Bürgerinnen und Bürger an die Leistungserbringer und Kostenträger qualifiziert und gebündelt weiter trägt, bietet der niederschwellige Zugang zur UPD die Möglichkeit, schon frühzeitig auf Problemlagen im System hinzuweisen.

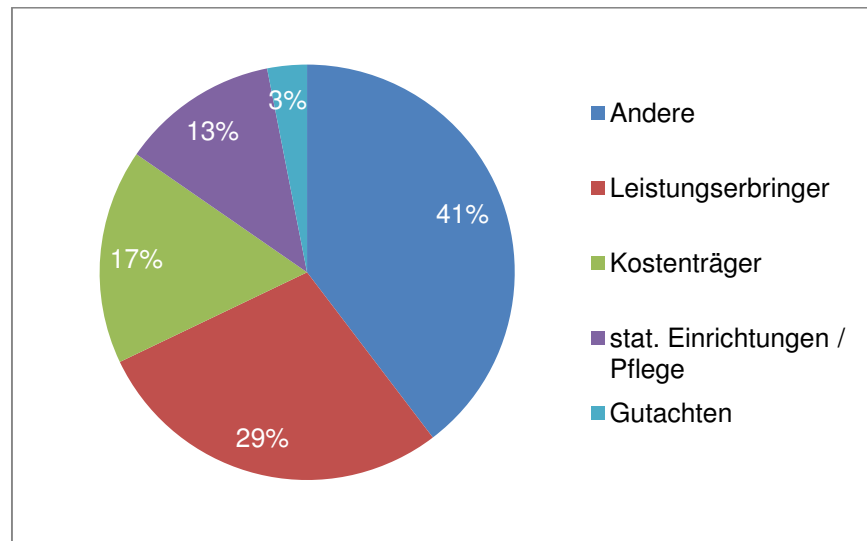
Ein erster Schritt in diese Richtung wurde nach dem zweiten Zwischenbericht unternommen. Von der Bundesgeschäftsstelle der UPD wurde eine detaillierte Auswertung der im ersten Halbjahr 2010 dokumentierten Beratungsfälle unter besonderer Berücksichtigung der Beschwerden beim Institut für Medizinische Soziologie der Charité beauftragt.<sup>30</sup> Diese Auswertung führte zu den folgenden Befunden:

Im ersten Halbjahr 2010 wurde die UPD von 39.299 Personen in Anspruch genommen. Knapp jede fünfte Kontaktaufnahme (7.645) enthielt eine Beschwerde. Ein Drittel der Beschwerden konnte aufgrund des vorgegebenen Dokumentationsrasters nicht thematisch zugeordnet werden. Unter Berücksichtigung von Mehrfachnennungen ergibt sich für die zuordenbaren Fälle die folgende Aufteilung:

---

<sup>30</sup> Vgl. im folgenden: CharitéCentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Institut für Medizinische Soziologie (2010): Auswertung der im ersten Halbjahr 2010 erfassten Beschwerden der Regionalen Beratungsstellen der UPD.

Abbildung 6-1: Beschwerdenennungen im ersten Halbjahr 2010;  
N = 7.645



Quelle: UPD Beratungsdokumentation; CharitéCentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Institut für Medizinische Soziologie 2010

### Leistungserbringer

Die größte kategorisierbare Gruppe der Beschwerdeträger berichtet über Probleme mit niedergelassenen Leistungserbringern (N = 2.232). Sie betrafen besonders häufig die Behandlung selbst – dabei zumeist vermutete Behandlungsfehler. Weiterhin spielte hier auch das Verhalten des jeweiligen Arztes / Therapeuten eine wichtige Rolle. Daneben nannte knapp ein Viertel der Personen fehlerhafte oder unklare Rechnungen von Leistungserbringern als Beschwerdeggrund. In diesem Zusammenhang wichtig ist, dass sich knapp ein Drittel der Beschwerdenennungen zu den Leistungserbringern gegen Zahnmediziner richteten, mit weitem Abstand folgen Hausärzte / Allgemeinmediziner.

Weiterhin standen die vorgebrachten Beschwerden gegenüber den Leistungserbringern im Zusammenhang mit Patientenrechten, insbesondere wenn es um die ausreichende Aufklärung im Behandlungsverlauf ging. Weitere Nennungen betrafen die Ablehnung einer Behandlung.

### Kostenträger

17 % aller vorgebrachten Beschwerden entfielen auf den Bereich Krankenkassen / Kostenträger (N = 1.322). Diese richteten sich ganz überwiegend gegen die Gesetzliche Krankenkassen, da auch der weit überwiegende Teil aller Ratsuchenden der UPD einer gesetzlichen Kasse angehört. Mehr als die Hälfte aller Nennungen in diesem Bereich bezog sich auf die Ablehnung der Kostenübernahme beantragter Gesundheitsleistungen. Ein weiteres verbreitetes Problemthema stellten Informationen dar, die nach Ansicht der Beschwerdeträger mangelhaft oder unzureichend von

den Krankenkassen oder anderen Kostenträgern an Versicherte weitergegeben wurden.

### **Stationäre Einrichtungen und Pflege**

Den Bereich stationärer Einrichtungen / Pflege betrafen 13 % aller Beschwerden (N = 971). Hier waren es zumeist Krankenhäuser, zu denen Beanstandungen erfolgen. Pflegeleistungen standen eher selten in der Kritik. Auch in diesem Bereich bezogen sich die Beschwerden vor allem auf die Behandlung bzw. hier auf Behandlungsfehler. Wurde das Verhalten von Mitarbeitern in stationären Einrichtungen und Pflege problematisiert, so bezog sich die Kritik hauptsächlich auf den Umgang mit Beschwerden. Hinsichtlich der Organisation wurde am häufigsten die Koordination innerhalb der Einrichtung kritisiert. Weitere Nennungen beschäftigten sich mit Rechnungsproblemen, vor allem aufgrund nicht vereinbarungsgemäß abgerechneter Leistungen.

### **Gutachter**

Beschwerden über Gutachten betrafen nur 3 % (N = 244) aller dokumentierten Fälle. Sie bezogen sich größtenteils auf Gutachten zur Arbeitsunfähigkeit. Vielfach wurde auch die Eignung des jeweiligen Gutachters infrage gestellt, wobei diesem meist die Nichtberücksichtigung von Sachverhalten und Unterlagen zum Vorwurf gemacht wurde.

### **Fazit: Leitlinien für die Berichterstattung an den Patientenbeauftragten der Bundesregierung**

Die neutrale und unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung wird zukünftig im Rahmen einer regelmäßigen Berichterstattung an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten über Schwerpunkte der Beratungstätigkeit und identifizierbare Problemlagen berichten. Durch die Berichterstattung erfüllt die UPD eine Seismografenfunktion, die es erlaubt, Erkenntnisse aus der Beratung in die Organisation der Versorgungsabläufe zurückfließen zu lassen und dieser ggf. auch Hinweise zu Über-, Unter- und Fehlversorgung zu geben. Für die Erfüllung der Seismografenfunktion sollten die folgenden Leitlinien gelten:

- **Weiterentwicklung der Falldokumentation:** Die bisherige Falldokumentation der UPD gGmbH war eine wesentliche Grundlage für die wissenschaftliche Begleitung und auch für die Steuerung der regionalen Beratungsstellen durch die Bundesgeschäftsstelle. Im Regelangebot sollte die Falldokumentation dahingehend weiter entwickelt werden, dass der Dokumentationsaufwand reduziert und den definierten Evaluationsaufgaben der zukünftigen wissenschaftlichen Begleitung sowie den Steuerungsinteressen der Bundesgeschäftsstelle angepasst wird. Vorstellbar ist es in diesem Zusammenhang, ein zweigleisiges Er-

fassungssystem zu entwickeln. Dabei werden die Basisinformationen für die Evaluation und Fallanalysen (z.B. persönliche Merkmale der Ratsuchenden, Region, Versicherterstatus sowie thematische Einordnung der Anfragen) im operativen Prozess der Beratung durchgängig erfasst. Für weitergehende Informationen, die für die Steuerung der Verbundes relevant sind (z.B. Beratungsform, Zugang zur Beratung, zeitlicher Aufwand der Beratung, Verweise etc.) ist es denkbar, diese im Rahmen elektronisch gesteuerter Zufallsstichproben oder zeitlich begrenzter Vollerfassungen zu erheben. Auf diese Weise ist es gewährleistet, dass bei einem geringeren Dokumentationsaufwand die vollständigen Indikatoren für die Fallanalysen aus der Dokumentation gezogen und für die Berichterstattung an den Patientenbeauftragten der Bundesregierung aufbereitet werden können.

- **Erfassung von Beschwerden:** In die Falldokumentation der UPD war bisher die Erfassung von Beschwerden integriert. Hierbei ist zukünftig zu berücksichtigen, dass z. B. zwischen berechtigten und unberechtigten Beschwerden, aktiv vorgebrachten und solchen Beschwerden, die ein Beratungsergebnis darstellen sowie allgemeinen Hinweisen und Anregungen differenziert werden kann. Da diese Kategorisierungen im Wesentlichen durch die Beraterinnen und Berater vorgenommen werden müssen, sollte die Weiterentwicklung der Falldokumentation in enger Zusammenarbeit mit der zukünftigen UPD erfolgen.
- **Beschwerdethemen:** Auch die Erfassung der Beschwerdethemen sollte angepasst werden, mit dem Ziel, die bisherige Restkategorie „Andere“ auflösen und in die Analysen einbeziehen zu können.
- **Auswertung der Beratungsanfragen und -anlässe:** Bei der Auswertung der Beratungsdokumentation sind neben deskriptiven Darstellungen auch systematische Zusammenhänge anhand der erfassten sozioökonomischen Merkmale der Ratsuchenden sowie das gemeinsame Auftreten von Beratungsthemen zu überprüfen. Auf diese Weise kann herausgearbeitet werden, ob es besonderen Beratungsbedarf in ausgewählten Zielgruppen gibt. Darüber hinaus sind die Analysen so anzulegen, dass Zeitraumbetrachtungen möglich werden.

Diese empirischen Ergebnisse sollten durch die nachfolgend dargestellten qualitativen Instrumente ergänzt werden:

- **Einbeziehung weiterer Quellen:** Neben der unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung gibt es eine Vielzahl weiterer Organisationen und Institutionen, bei denen Beschwerden von Patienten und Versicherten geäußert und dokumentiert werden. Zu nennen ist hier z. B.

das Büro des Patientenbeauftragten der Bundesregierung, DIMDI, IQWiG, Bundes(zahn)ärztekammer, Kassen(zahn)ärztliche Bundesvereinigung, DKG, NAKOS, Bundespsychotherapeutenkammer, Bundesrechtsanwaltskammer etc. Die von diesen Institutionen vorliegenden qualitativen oder quantitativen Auswertungen sollten in die Auswertung der UPD-Falldokumentation einbezogen werden, um Parallelitäten oder Abweichungen aufdecken und nach Gründen suchen zu können.

- **Recherche aktueller Rahmenbedingungen:** Die Darstellung der Beratungsanfragen und Beschwerdeanlässe kann zu Fehlinterpretationen und/oder strategischen Fehleinschätzungen verleiten. So ist davon auszugehen, dass das Beschwerdeaufkommen z. B. durch die tagesaktuelle medienwirksame Berichterstattung, gesundheitspolitische Weichenstellungen oder Innovationen in der Gesundheitsversorgung mit beeinflusst wird. Vorzusehen ist es daher, die Auswertung der Falldokumentation mit qualitativen Einschätzungen zur Gesundheitspolitik zu verbinden.
- **Qualitative Fallgruppenanalyse:** Schließlich ist es empfehlenswert, den O-Ton der Beratung durch die Einschätzungen von Beratern der UPD selbst in die Beschwerdeberichterstattung zu integrieren. In Fachgesprächen mit Beratern können die vorliegenden empirischen Analysen und qualitativen Einschätzungen zu Fallgruppen und Beschwerdefällen praxisnah eingeordnet werden.

## 7 Innovationsfelder – unabhängige Patientenberatung als lernendes System

### **Anforderungen an eine Unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung:**

*Parallel zum Regelbetrieb einer unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung ermöglicht die Erprobung innovativer Zugangswege zu schwer erreichbaren Zielgruppen der Beratung oder innovativer Beratungsformen und -themen ein gezieltes Ausloten von Entwicklungspotenzialen. Diese müssen von hoher Relevanz für die Weiterentwicklung einer neutralen und unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung sein, so dass ein Ergebnistransfer aus dieser Erprobung in das Regelangebot möglich und sinnvoll ist, sei es in dezentralen organisierten oder überregional gebündelten Strukturen.*

*In Bezug auf die Zugangswege zu schwer erreichbaren Zielgruppen empfiehlt es sich insbesondere türkischstämmigen Ratsuchenden ein muttersprachliches Angebot machen zu können. Hierfür sind qualifizierte Berater einzusetzen, die zusätzlich über einen nachweisbaren bilingualen, interkulturellen Ausbildungs- oder beruflichen Erfahrungshintergrund verfügen.*

*Die Innovationsprojekte unterstreichen sowohl in der Phase der modellhaften Erprobung als auch nach dem Übergang in ein Regelangebot, dass eine unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung ein lernendes System ist und sich inhaltlich und in seinem Angebot stets weiterentwickeln und anpassen muss. In diesem Sinne trägt auch nach dem Übergang in ein Regelangebot eine externe wissenschaftliche Begleitung und Evaluation dazu bei, die Zielerreichung zu optimieren und zu bewerten.*

Neben der allgemeinen Information und Beratung wurden im Rahmen des Modellvorhabens nach § 65b SGB V Zugangsformen zur Beratung spezifischer Zielgruppen sowie die Entwicklung bestimmter Beratungsformen und -themen in zeitlich begrenzten Teilprojekten erprobt. Ziel war es, die erfolgreich erprobten Bestandteile der Teilprojekte bedarfsorientiert für die Beratung der UPD zu nutzen und den Verbund im Sinne eines lernenden Systems weiter zu entwickeln.

Die modellhafte Erprobung der Teilprojekte fand in der Form eines Tandemkonzepts statt. Dieses sah vor, dass die jeweiligen Beratungskonzepte zunächst in einer RBS entwickelt und erprobt und nachfolgend beim Tandempartner im Hinblick auf die Übertragbarkeit in ein anderes strukturelles Umfeld überprüft und weiterentwickelt werden.

Die folgende Darstellung gibt einen Überblick über die verschiedenen Themen der Teilprojekte:

Abbildung 7-1: Teilprojekte zur modellhaften Erprobung einzelner Fragestellungen in Form von Tandempartnerschaften

<b>Potsdam</b> Patientenberatung Kinder, Jugendliche und Eltern	↔	<b>Hannover</b> Patientenberatung für sozial benachteiligte ältere Menschen
<b>Bielefeld</b> Freiwilliges Engagement in der unabhängigen Patientenberatung	↔	<b>Witten</b> Patienteninformationen bei Anfragen zu neuen Formen der Versorgung
<b>Bremen</b> Gesundheitsinformationen für sozial Benachteiligte	↔	<b>Ludwigshafen</b> Patientenberatung für sozial Benachteiligte – Setting-Ansatz
<b>Nürnberg</b> Aufsuchende Patientenberatung für türkischsprachige MigrantInnen	↔	<b>Berlin</b> Patienteninformations- und Beratungsstelle für Migranten

Die Laufzeit der Teilprojekte betrug einschließlich der Konzeptionsphase 3 Jahre, wobei die Übergabe an den Tandempartner nach spätestens 24 Monaten erfolgt.

### Externe Evaluation der Teilprojekte

Die externe Teilprojektevaluation hatte neben der Betrachtung des Innovationsgehalts sowie der konzeptionellen und praktischen Umsetzung der modellhaften Erprobungen den Fokus vor allem auf das Umsetzungspotenzial der Teilprojekte innerhalb des Verbundes gerichtet.

### Innovationsgehalt der Teilprojekte

Im Rahmen der Evaluation zeigte sich, dass die Themenauswahl der Teilprojekte überwiegend innovativ im Sinne der Public Health-Forschung war und die Teilprojekte dementsprechend einen Beitrag zur Praxisforschung leisteten, um neue Zugangswege zu speziellen Zielgruppen (sozial Benachteiligte, Migranten, Senioren, Kinder/ Jugendliche) zu erproben. Dadurch sowie mit der Erprobung bestimmter Formen (Einbindung von Freiwilligen) und Themen (neue Formen der Versorgung) der Beratung waren die Teilprojekte geeignet, einen Beitrag zur Weiterentwicklung des Verbundes sowie zum Abbau sozialer Ungleichheiten im Zugang zu Gesundheitsinformationen zu leisten.

### Teilprojektumsetzung in der Tandemkonstellation

Sowohl die praktische Umsetzung der Teilprojekte als auch ihre inhaltliche Begleitung durch die Bundesgeschäftsstelle erwies sich als sehr anspruchsvoll und zeitintensiv. Außerdem beeinflussten die spezifischen Strukturen des Teilprojektumfeldes (Trägerschaft und Historie der Beratungsstelle, bestehendes Kooperationsnetzwerk, Versorgungssituation der Zielgruppe im regionalen Umfeld,...) die erfolgreiche Umsetzung wesentlich. Diese Erfahrung bestätigte zunächst die gewählte Herangehens-

weise der modellhaften Erprobungen an zwei Standorten mit einem unterschiedlichen strukturellen Umfeld in Form von Tandempartnerschaften.

Einschränkend ist jedoch anzumerken, dass die Startbedingungen für die Tandempartner in der zweiten Teilprojektphase sehr unterschiedlich waren. Gute Bedingungen lagen vor, wenn es eine inhaltliche Nähe zum Teilprojekt der ersten Tandemphase gab, insofern auf Kompetenzen der Mitarbeiter, Netzwerke etc. aufgebaut werden konnte. Dies war insbesondere bei den Tandems Bremen/ Ludwigshafen und Berlin/Nürnberg der Fall. Die Qualität der zweiten Teilprojektphase hing außerdem vom Umsetzungserfolg in der ersten Teilprojektphase sowie von der Qualität und Übertragbarkeit der erarbeiteten Handlungsleitfäden und Materialien ab. Prinzipiell ist anzumerken, dass die Zeitspanne zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Konzepte in einem neuen strukturellen Umfeld mit einem Jahr und mit einer halben Personalstelle knapp bemessen war. Deutlich wurde dies insbesondere für die zielgruppenorientierte Beratungstätigkeit, da hier der Aufbau von Vernetzungsstrukturen sowie Investitionen in die Öffentlichkeitsarbeit vorangehen mussten, die einen gewissen zeitlichen Vorlauf benötigten und den Zeitraum der Maßnahmenumsetzung in der zweiten Teilprojektphase weiter einschränkten.

### **Nutzen der Teilprojekte für den Transfer innerhalb des Verbundes**

Noch während der Modellphase konnten folgende Rückschlüsse für den Transfer der Teilprojektergebnisse innerhalb des Verbundes gezogen werden:

- Die Patientenberatung für sozial benachteiligte, ältere Menschen kann durch ein zugehendes Angebot deutlich verbessert werden. Neben den auf Informations- und Vortragsveranstaltungen, Plakatausstellungen etc. unmittelbar erreichten Senioren konnte im Teilprojekt über eine gezielte Vernetzung mit Seniorenräten der Kommunen und Länder sowie anderen zielgruppenspezifischen Kooperationspartnern die Bekanntheit der UPD in der Zielgruppe erhöht werden. Durch die aufsuchenden Informations- und Beratungsangebote konnten insbesondere hochaltrige, immobilere Menschen gut erreicht werden, wobei der gute Zielgruppenzugang der Träger sich hier förderlich auswirkte. Offen blieb jedoch, inwieweit es sich bei dem erreichten Personenkreis tatsächlich um ältere Menschen handelte, die im Sinne des Teilprojektkonzeptes als sozial benachteiligt gelten können. Thematische Schwerpunkte für die Zielgruppe waren neben der Patientenverfügung und der Vorsorgevollmacht die Bereiche gesunde Ernährung, Diabetes, Frauengesundheit sowie aktuelle Änderungen im Gesundheitswesen.
- Der Erfolg einer allgemeinen Patientenberatung für Kinder, Jugendliche und Eltern hängt sehr stark vom Versorgungsangebot in den jeweiligen Einzugsgebieten der Angebote ab. An

beiden Teilprojektstandorten konnten trotz intensiver Bemühungen weder die Beratungsfallzahlen in der Zielgruppe signifikant erhöht werden, noch waren Kooperationsanfragen bei medizinischen Facheinrichtungen erfolgreich. Zielführender hat sich in der Erprobungsphase die Kooperation mit Schulen, Kitas etc. erwiesen. Insgesamt wurde deutlich, dass

- die Versorgungsstrukturen der Zielgruppe bereits ein hohes Niveau aufwiesen, da die gesundheitliche Versorgung von Kindern einen hohen gesellschaftlichen und politischen Stellenwert inne hat,
- eine genaue Analyse des Handlungsfeldes, Beratungsbedarfs und des Zugangs zur Zielgruppe für die Platzierung eines allgemeinen Beratungsangebots notwendig ist und die Beratungskompetenzen daraufhin abgestimmt werden müssen,
- eine spezifische Kompetenz zur Durchführung der aufsuchenden Gruppenberatung zu Fragestellungen der Kindergesundheit vorhanden sein muss, um den Beratungsanforderungen von Eltern gerecht zu werden,
- die Erprobungszeit für neue Zugangswege, wie die (anonyme) E-Mail-Beratung über das Internet oder die setting-bezogene Ansprache von Familien im Bereich sozialer Brennpunkte zu kurz war, um solide Bewertungen abgeben zu können.

Aus der teilprojektspezifischen Erprobung zu diesem Thema konnten somit keine konkreten Profilierungsoptionen für die UPD gewonnen werden.

- Für die Einbindung freiwilligen Engagements in der unabhängigen Patientenberatung besteht ein hohes Potenzial. Das Engagementinteresse in der Bevölkerung stellt unter bestimmten Voraussetzungen, die in der Erprobung geschaffen werden konnten, eine zusätzliche Ressource für die UPD dar. Die Übertragbarkeit in den Verbund wäre prinzipiell möglich gewesen, allerdings hätte hierfür ein einheitlicher Qualitätssicherungsansatz auf Basis der bisher gemachten Erfahrungen entwickelt werden müssen. Dies betraf insbesondere eine gezielte Rekrutierungsstrategie von Freiwilligen sowie ihre systematische Qualifizierung. Hierfür hätten im Verbund bzw. den Beratungsstellen die entsprechenden Ressourcen zur Verfügung gestellt werden müssen, was während der Laufzeit des Modellprojektes nicht möglich war.
- Die Entwicklung von Patienteninformationen zu neuen Formen der Versorgung, das zeigen die Ergebnisse der beiden Teilprojektphasen, basieren auf einer intensiven Recherchearbeit. Die patientengerechte Aufbereitung und Aktualisierung der Informationen ist ebenfalls anspruchsvoll und konnte im Rahmen der laufenden Beratungstätigkeiten der UPD kaum geleistet werden. Gleichzeitig gibt es mittlerweile eine Vielzahl von Informations- und Vergleichsmöglichkeiten im Internet, so dass das Angebot der UPD zukünftig im qualifizierten

Verweis auf andere Informationsanbieter bestehen kann. Um auf Änderungen im System adäquat und bedarfsgerecht mit entsprechenden Informations- und Beratungsangeboten reagieren zu können, sollte der Themenbereich jedoch weiter im Fokus des Wissensmanagements der UPD stehen.

- Das Teilprojekt zur Patientenberatung für sozial Benachteiligte im Setting-Ansatz hat eine besondere Bedeutung für die UPD, da hiermit gezielt schwer erreichbare Zielgruppen adressiert werden, die die Beratungsangebote unterdurchschnittlich häufig nutzen (vgl. Kapitel 4). Im Teilprojekt zeigte sich, wie zeitintensiv eine stadtteilorientierte Ausrichtung der Beratung ist. Die Aufstockung des regulären Stellenumfangs von 0,5 auf 0,7 in der ersten Teilprojektphase war notwendig, um ein Mindestmaß an Netzwerkarbeit mit Quartiersmanagern, Schulen, Gesundheitsämtern etc. in den Stadtteilen zu realisieren. Der nachgewiesene Orientierungsbedarf sozial Benachteiligter in gesundheitlichen Fragestellungen sowie die hohe Qualität der konzeptionellen Ausarbeitung und erfolgreichen Etablierung des Teilprojektes zeigten ein hohes Potenzial für eine Übertragung der Ergebnisse in den Verbund. Deutlich wurde jedoch auch, dass die regionalen Beratungsstellen einen systematischen Setting-Ansatz aus ihren Fördermitteln nicht organisieren konnten und eine Übertragung in den Verbund nur an ausgewählten Standorten und in Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern möglich gewesen wäre, deren Aufgabe die settingbezogene Gesundheitsförderung i. S. einer Primärprävention ist.
- Im zweiten Teilprojekt für sozial Benachteiligte wurde ein präventives Informationsangebot zur Sensibilisierung von bildungsfernen Menschen im Rahmen von Berufsqualifizierungsmaßnahmen erprobt. Mit den Informationsveranstaltungen wurde eine nur begrenzte Anzahl an Personen erreicht, ohne dass eine hohe Multiplikatorwirkung auf die Nachfrage nach unabhängiger Patientenberatung der UPD gGmbH erreicht worden wäre. Aus diesen Gründen war eine weitere Umsetzung im Verbund nicht sinnvoll.

Die zielgruppenorientierten schriftlichen Informationsmaterialien in „leichter und verständlicher Sprache“, die im Teilprojekt erstellt wurden, erwiesen sich hingegen bereits während der Modellphase als sehr nützlich und wurden an zahlreichen Standorten verwendet.

- Die Erkenntnisse aus den zwei Teilprojekten zur Erreichung türkischsprachiger Migranten ließen Potenzial für eine weitere Umsetzung der migrantenzentrierten Patientenberatung erkennen. Wichtige Arbeitsbereiche waren z.B.:
  - Konzeption und Umsetzung von Fortbildungen zum interkulturellen Coaching und zur interkulturellen Beratung
  - Überregionale Hintergrundberatung für türkischsprachige Migranten

- Weiterentwicklung der Konzeptionen für zielgruppenspezifische Verweisinformationen und Kooperationen, eine zielgruppenzentrierte Öffentlichkeitsarbeit und die Erstellung türkischsprachiger Patienteninformationen
- Präsentation und Veröffentlichung der Inhalte, Ziele und Ergebnisse der migrantenspezifischen Teilprojekte auf dem UPD-Kongress und dem Kongress Armut und Gesundheit

### **Fazit: Innovationsvorhaben auch im Regelangebot**

Diese Bilanz verdeutlicht, dass mit der Umsetzung der Teilprojekte in Tandempartnerschaften eine innovative, wenn auch nicht immer effiziente Form der Erprobung von Zugangsformen zur Beratung und Beratungsthemen genutzt wurde. Es entstanden Impulse für die Weiterentwicklung des Beratungsangebots der UPD. Um diese Impulse nicht verpuffen zu lassen, sondern für die Weiterentwicklung des Regelangebots nutzen zu können, sind für die weitere Ergebnisaufbereitung und für die Kompetenzentwicklung der Berater ausreichend zeitliche und personelle Ressourcen einzuplanen.

Es ist sinnvoll, dass in der Regelversorgung ausgewählte Zukunftsthemen in ähnlicher Weise bearbeitet werden, wobei die weitere Anwendung des Tandemkonzeptes nicht zwingend ist und themen- bzw. standortabhängig entschieden werden sollte. Die Erfahrungen im Verlauf der modellhaften Erprobung von Teilprojekten haben gezeigt, dass die Steuerung und Begleitung verschiedener Themen nicht hinreichend von der Bundesgeschäftsstelle gewährleistet werden kann. Für eine zukünftige Erprobung von Teilprojektthemen empfiehlt sich deshalb die Begleitung durch ausgewiesene Experten als wissenschaftliche Kooperationspartner. Hiermit können die Qualität der konzeptionellen Ausarbeitung, die Projektumsetzung und die Ergebnisevaluation und -reflektion im Hinblick auf den Wissenstransfer innerhalb und außerhalb des Verbundes gesichert werden. Die Begleitung muss sicher stellen, dass die folgenden, für die erfolgreiche Durchführung der Innovationsprojekte maßgeblichen Voraussetzungen geschaffen werden:

- Der innovative Charakter und Innovationsansatz ist in der Konzeption präzise herausgearbeitet und mit einer entsprechenden Zielsetzung hinterlegt.
- Die Zielsetzung wird anhand von Unterzielen konkretisiert, denen wiederum eindeutige Indikatoren zur Feststellung der Zielerreichung zugeordnet sind.
- Die Umsetzung des Innovationsprojektes erfolgt auf der Grundlage einer festgelegten Zeit- und Ressourcenplanung.

- Es sind Instrumente zur Dokumentation der Aktivitäten und Ergebnisse des Innovationsprojektes festgelegt sowie die Zuständigkeiten, wie diese zu pflegen und auszuwerten sind.
- In das Konzept wird die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Innovationsprojektes integriert. Es werden Vorgehensweisen und Schnittstellen für die Begleitung soweit wie möglich definiert und berücksichtigt. Zentrale Evaluationsparameter sind der Nutzen des Innovationsprojektes für die unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung sowie Strategien für einen Ergebnistransfer in den Verbund.

Die zentrale Steuerungseinheit des Verbundes sollte insoweit eingebunden sein, dass die modellhafte Erprobung mit den Anforderungen einer unabhängigen Patientenberatung und der Wissenstransfer im Verbund abgestimmt werden können.

Inhaltlich erscheint es für das Regelangebot sinnvoll zu sein, die Ressourcen für Innovationsprojekte zur weiteren Erprobung einer effektiven Zielgruppenansprache zu verwenden. Insbesondere schwer erreichbare Zielgruppen mit geringem Bildungsstand oder mit Migrationshintergrund sollten hier im Fokus stehen.

## 8 Zusammenfassung – Anforderungen an das Regelangebot und die Evaluation einer unabhängigen Patientenberatung Deutschland

### Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation auch im Regelangebot

Mit der Überführung des Modellvorhabens in ein Regelangebot bleibt der Betrieb einer unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung ein innovatives Unterfangen. Aufgrund des in fachlicher und politischer Hinsicht komplexen und dynamischen Umfeldes muss eine unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung stets ein lernendes System sein, das seine Kompetenzen und Strukturen den Umfeldbedingungen anpasst.

Aus diesem Grunde spricht sich der wissenschaftliche Beirat dafür aus, dass auch das künftige Beratungsangebot durch wissenschaftlichen Sachverstand begleitet werden soll:<sup>31</sup>

*Die Implementierung einer unabhängigen Patientenberatung als Regelangebot stellt im Rahmen des SGB V ein Novum dar. Der Beirat erachtet es als sinnvoll, die Etablierung und auch Entwicklung dieser Struktur weiterhin wissenschaftlich zu begleiten. Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Beratung, ihrer Effekte und ihrer Steuerung sollten weiterhin kontinuierlich und systematisch aufbereitet und ausgewertet werden. Dies dient als Grundlage für eine Bewertung und gibt Hinweise für die Entwicklung und Steuerung der unabhängigen Beratung.*

Vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen bedürfen auch im Regelbetrieb wichtige strategische und operative Fragen einer fortlaufenden systematischen und auch wissenschaftlichen Bearbeitung. Zu nennen sind insbesondere die folgenden Aspekte:

- Regelmäßige Erhebungen der Beratungsqualität mit dem Ziel, ein einheitliches, sachlich richtiges und evidenzbasiertes Niveau auf der Grundlage vorgegebener Standards und Beratungsprozesse sicherzustellen.
- Analyse der Netzwerkstrukturen auf Bundes- und regionaler Ebene mit dem Ziel, den Aufbau und die Pflege einheitlicher Kooperationsbeziehungen mit den zentralen regionalen und bundesweiten Akteuren zu überprüfen.
- Erhebung zur Beratungsqualität aus der Nutzer/-innenperspektive mit dem Ziel, die Zugänglichkeit und Wirksamkeit der Angebote zu optimieren.
- Bewertung der und Steuerungseffizienz des bestehenden Angebots – u.U. auch im Hinblick auf andere Orga-

---

<sup>31</sup> Vgl. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats zum Modellvorhaben nach § 65b SGB V vom 22. Januar 2010: Eckpunkte für das zukünftige Leistungsprofil einer unabhängigen Patientenberatung.

nisationsmodelle – mit dem Ziel, Effizienzpotenziale zu identifizieren und zu nutzen.

- Analyse der Konzeption und Umsetzung des Internetangebots als komplementär zur Beratung zu konzipieren des Leitmedium der Informationsvermittlung mit dem Ziel, die Zugänglichkeit und Niederschwelligkeit des Angebots entsprechend sich wandelnden Informationsgewohnheiten in der Bevölkerung anzupassen.

Neben der Bearbeitung dieser Themenfelder sollte die externe Evaluation auch im Zusammenhang mit der Rückmeldefunktion eine tragende Rolle spielen. In Kooperation mit der UPD sollte eine regelmäßige Berichterstattung über Patientenbeschwerden an den Patientenbeauftragten der Bundesregierung etabliert werden.

Die externe wissenschaftliche Begleitung hatte in der Vergangenheit stets einen dem Modellprojekt angemessenen begleitenden Charakter. Ergebnisse wurden zeitnah an alle Akteure der UPD zurückgespielt und dienten somit auch als Ressource für die Organisationsentwicklung. Darüber hinaus wurden in Zwischenberichten und dem Endbericht eine gesamthafte Bewertung des Entwicklungsstandes der UPD vorgelegt, u.a. mit dem Ziel, dem Zuwendungsgeber eine Entscheidungsgrundlage für die Neuausschreibung der unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung zu liefern. In diesem Sinne sollte die wissenschaftliche Begleitung auch zukünftig der formativen und summativen Evaluation und der Politikberatung dienen.

### **Leistungsumfang und –qualität der unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung**

Ziel der neutralen und unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung ist es, ein qualitativ hochwertiges Informations- und Beratungsangebot bereitzustellen, das für Ratsuchende kostenfrei und leicht zugänglich ist, und dessen fachliche Unabhängigkeit, insbesondere von Interessen der Leistungserbringer und Kostenträger im Gesundheitswesen, nachweisbar ist. Nur so kann die neutrale und unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung zur Stärkung der Patientensouveränität beitragen und Problemlagen im Gesundheitssystem aufzeigen.

Die Beratungstätigkeit der neutralen und unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung muss einer dauerhaften internen Qualitätssicherung und Prozessoptimierung unterliegen. Sachliche Richtigkeit und in medizinischen Fragen Evidenzbasierung sind die Grundlage der Beratung.

Um ihren Auftrag zu erfüllen, muss die unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung außerdem mit anderen bereits bestehenden Informations- und Beratungsangeboten kooperieren, sofern diese den genannten Qualitätskriterien gerecht werden.

Zur Vermeidung von Doppelstrukturen soll eine neutrale und unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung an andere qualifizierte oder auch zuständige Akteure weiter verweisen (Lotsenfunktion). Entsprechende Verweisinformationen müssen daher Bestandteil des Informations- und Beratungsprozesses sein. In aufwändigen Einzelfällen und bei fehlenden Verweisoptionen kann eine Begleitung von Ratsuchenden notwendig sein, um deren Anliegen zu klären.

Neben der Information und Beratung von Verbrauchern und Patienten im Gesundheitswesen muss die neutrale und unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung auch dazu dienen, Erkenntnisse aus der Beratungstätigkeit in die Organisation der Versorgungsabläufe zurückfließen zu lassen. Diese Aufgabe wird durch regelmäßige Berichte an den Patientenbeauftragten der Bundesregierung auf der Grundlage einer gesicherten Datenbasis erfüllt.

Im Einzelnen stellen sich die folgenden Anforderungen an eine unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung:

- Sicherstellung der zentralen Steuerung eines regionalen Netzwerks von Beratungsstellen durch Entwicklung und verpflichtende Umsetzung von Qualitätsstandards für alle Leistungs- und Organisationsbereiche
- Bereitstellung einer quantitativ ausreichenden und qualifizierten Personalstruktur für die zentralen Steuerungsaufgaben und den regionalen Beratungsbetrieb
- Entwicklung eines umfassenden Qualitäts- und Wissensmanagements als Basis für eine einheitliche und hohe Beratungsqualität
- Ergänzung der regionalen Angebotsstruktur durch überregionale Kompetenzstellen in komplexen Beratungsbereichen und Einbindung dieser Kompetenzen in die Qualitätssicherung der regionalen Angebote
- Gewährleistung eines niederschweligen Zugangs zur Beratung durch kostenfreie persönliche, telefonische und elektronische Beratungsformen inklusive eines bundesweit erreichbaren Beratungstelefons
- Entwicklung eines umfassenden Internetangebots, das komplementär zur Beratung Informationen aufbereitet sowie Verweise zu anderen Anbietern qualitativ hochwertiger Patienteninformationen bereit hält und Ratsuchende durch interaktive Elemente bei der Entscheidungsfindung unterstützt
- Aufbau und Pflege eines umfassenden Kooperationsnetzwerks
- Durchführung einer professionellen und zielgerichteten Öffentlichkeitsarbeit und Stärkung des einheitlichen Markenbildes

- Weiterentwicklung der eigenen Angebote durch Qualitätsmanagement und Innovationsprojekte, insbesondere um schwer erreichbare Zielgruppen zu erreichen
- Auswertung der Beratungsfälle und Rückmeldung ins Versorgungssystem im Sinne eines Seismografen

## 9 Veröffentlichungen der wissenschaftlichen Begleitung

### 2007

- Auswertung der Beratungsdokumentation 2007
- Ergebnisse der ersten Hidden Client Untersuchung
- Ergebnisse der ersten Monitoring-Abfrage in den Regionalen Beratungsstellen

### 2008

- Auswertung der Beratungsdokumentation 2008
- Ergebnisse der zweiten Monitoring-Abfrage in den Regionalen Beratungsstellen
- Ergebnisse der ersten Nutzerbefragung
- Erster Zwischenbericht
- Übergabebericht an den GKV-Spitzenverband

### 2009

- Ergebnisse der bevölkerungsrepräsentativen Nicht-Nutzer Befragung
- Ergebnisse der zweiten Hidden Client Untersuchung
- Ergebnisse der dritten Monitoring-Abfrage in den Regionalen Beratungsstellen
- Evaluation der überregionalen Beratungsangebote

### 2010

- Zweiter Zwischenbericht
- Ergebnisse der Trägeranalyse
- Evaluation der Teilprojekte
- Ergebnisse der vierten Monitoring-Abfrage in den Regionalen Beratungsstellen
- Ergebnisse der zweiten Nutzerbefragung

### 2011

- Endbericht

Die Berichte sind auf Nachfrage beim GKV-Spitzenverband erhältlich. Kontakt: [heike.woellenstein@gkv-spitzenverband.de](mailto:heike.woellenstein@gkv-spitzenverband.de)